

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL

Anul XXIII

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

DIRECTOR: Conf. Dr. I. GAVRILĂ == Secretar de redacție: Dr. D. CĂPRIOARĂ	COMITETUL DE REDACȚIE: Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Dr. I. Cosma, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. M. Teleman, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Conf. Dr. I. Voicu, Dr. V. Weindel.	REDACȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1 Telefon 45
---	--	--

SUMARUL:

Articole științifice:

Prof. Dr. D. Michail și Dr. Lavinia Păcurariu: Glioză preapilară	Pag. 1
Dr. Russu Ioan Gabriel: Anomalii musculare multiple	" 6
Dr. M. Teșoiu și Dr. M. Copăceanu: Un caz de cancer primar al apendicelui	" 8
Conf. Dr. I. Gavrila și Dr. Cadariu Smaranda: Câteva considerațiuni asupra cazurilor de boli contagioase tratate în serviciul de boli contagioase din Spitalul Public-Sibiu în cursul anului 1941	" 10

Probleme terapeutice:

Dr. Liviu Modran: Contribuțiuni clinico-terapeutice la tratamentul afecțiunilor cutanate datorile frigului	" 13
Prof. Dr. Gh. Popoviciu: Sulfamidele în pediatrie	" 21

Medicină preventivă:

Dr. Mihăese Octavian: Considerațiuni epidemiologice și clinice asupra epidemiei de dizenterie din comuna Geamăna (Iulie-Aug. 1941)	" 27
--	------

Organizare sanitară de război:

Medic Colonel Dr. G. Preda: Considerațiuni asupra organizării, funcționării și activității Spitalelor de Zonă Interioară de pe teritoriul Comandamentului 7 Teritorial	" 31
--	------

Probleme paramedicale:

Dr. Emil I. Bologa: Entitatea psiho-fizică	" 35
--	------

Revista cărților	" 41
----------------------------	------

Infarctul miocardic de Prof. Dr. Max Hochrein.

Revista revistelor	" 42
------------------------------	------

Note și informațiuni	" 45
--------------------------------	------

Decrete și Decizii Ministeriale. — Posturi vacante.

Bibliografie	" 47
------------------------	------

Prevenirea infecțiunii
prin
Paragen

Combinație de polipeptide, produse de desasimilare a albuminelor și derivate chinolinice.

Antibacterian - Desintoxicant
Mărind puterea de rezistență

Indicațiuni:

Reumatism infecțios, mai cu seamă reumatismul articular acut, stări reumatoide acute și formele cronice cu paroxisme. Afecțiuni septice. Terapie adjuvantă în infecțiunile toxice ca difteria, scarlatina ș. a.

Afecțiuni alergice.

Cutii cu 3 și 5 fiole de 2 cmc.

» *Bayer* «



LEVERKUSEN

BRONSITE
CATHAR
PNEUMONIE
INFLUENTĂ
LARINGITĂ
TRAHEITĂ
GRIPĂ

BRONCHOTIOFAN
SIROP
IPECODAL
TABLETE



FABRICA HYGEA CLUJ S.A.R. BUCUREȘTI

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCHILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări

și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CA



RUBIAZOL
COLORANT AZOIC

este
**CEL MAI ACTIV și
COMPLECT ATOXIC**

DOZA ZILNICĂ:
6-12 comprimate
2-3 fiole



LABORATOIRES DU DR. ROUSSEL-PARIS

Eșantioane Medicale și literatură la:

Reprezentanța generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA” S. A. R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREȘTI, III

Telefon 221.38

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Glioza prepapilară

de Profesor Dr. D. Michail

de

și

Dr. Lavinia Păcurariu, asistent

În cursul unor cercetări anatomo-patologice pe care le-am întreprins asupra colecției noastre de ochi glaucomatoși, am avut ocazia să găsim două cazuri, care prezentau la nivelul papilelor alterații histologice atât de neobișnuite și totuși atât de caracteristice, încât am fost atrași să studiem mai aprofundat aceste tablouri histologice și să analizăm toate lucrările care aminteau prin descrierile și figurațiile lor probleme histologice similare.

Am ajuns astfel să constatăm, că aspecte histologice mai mult sau mai puțin asemănătoare au mai fost descrise și figurate și de alți autori, în lucrări cu titlaturi și preocupări științifice dintre cele mai variate, în cursul cărora tabloul histologic papilar era conturat de cele mai multe ori numai incidental și interpretat în mod cu totul disparat.

Reșea totuși din analiza acestor studii, că tabloul histologic papilar de care vorbim a fost descris aproape totdeauna ca apărând în cursul complexului clinic al glaucomului, că ar avea relații patogenice cu retinita proliferantă, că ar fi o leziune cărela până acum nu i s'a schițat un tablou clinic, rămânând aproape exclusiv o simplă descoperire microscopică și că din punct de vedere histologic s'ar caracteriza printr'un țesut neformat care ar umple și nivelul escavației glaucomatoase a papilei, nereușindu-se totuși să se precizeze natura acestui țesut.

Cum cercetările noastre personale ne-au dus la constatări care ne autoriză să conchidem că, în cazurile de față avem de a face cu o manifestare clinică și histologică aparte, bine conturată, care nu are cu glaucomul și retinita proliferantă decât puncte incidentale de contact simptomatice, dar nu de subordonare patogenică, credem necesar să expunem mai întâi în detaliu studiul clinic și histologic al cazurilor noastre

personale, urmând să precizăm la sfârșit atât aspectul anatomo-clinic al acestor afecțiuni, cât și patogenia sa atât de variat interpretată până astăzi.

Iată observațiile cazurilor personale, care urmează să ne servească la sinteza anatomo-clinică și la enunțarea concepției patogenice pe care ne propunem să le schițăm.

Observația I. — Lamelită optică cu periflebita zonei de bifurcație a vinei centrale a retinei, degenerări hialine ale arterelor retiniene, atrofie uveo-retiniană, glaucom secundar subacut, emoragii retino-vitreene și glioza prepapilară cu alunecări gliale preretiniene juxta papilare.

M. D., colonel pensionar, de 68 ani, se prezintă la clinica Oftalmologică din Cluj la 6 Martie 1938, pentru dispariția progresivă a vederii ochiului său stâng, însoțită de dureri oculare corespunzătoare de mare intensitate. Pacientul ar fi suferit de variolă la vârsta de 5 ani, de peritonită la 21 ani, de o pleurezie dreaptă la 47 ani, iar actualmente de emorizi. Este un fumător pasionat, fără a fi alcoolic.

Boala sa oculară actuală ar fi debutat la începutul lunii Mai 1937, cu scăderea vederii ochiului stâng, însoțită de dureri. Un medic consultat atunci la Galați i-a prescris pilocarpină. La sfârșitul lunii Mai însă, vederea ochiului stâng i-a dispărut complet, iar ochiul i-a devenit ușor congestiv. Consultând atunci un medic din București, acesta i-ar fi spus că prezintă emoragii retiniene la ochiul afectat și i-a prescris un tratament cu 20 injecții de acecolină și continuarea tratamentului cu pilocarpină. Prin lunile Iulie și August vederea acestui ochi i-ar fi revenit parțial, putând să numere cu el degetele la 1 m. La 28 Octombrie prezintă brusc dureri mari ale ochiului afectat, care se însoțesc de congestia sa intensă și de intense dureri hemicraniene stângi. Fenomenele dureroase au cedat după câteva zile, în urma administrării mai intense a pilocarpinei și a utilizării tabletelor de aspirină. La sfârșitul lui Decembrie durerile îi revin totuși cu aceeași intensitate, iar vederea ochiului bolnav i-a dispărut total. Prin Ianuarie 1938 durerile i-au revenit, iar doi medici din București i-au spus că prezintă glaucom secundar și că trebuie să continue un tratament intens cu pilocarpină. Aceleași dureri i-au revenit cu oarecare periodicitate prin Februarie, până la data internării în clinică.

Examenul ocular. Bolnavul, de constituție robustă, prezintă RW negativă în sânge. Examenul său ocular ne arată că ochiul său drept este normal, iar vederea sa este $\frac{1}{3}$ și devine normală prin corecția cu + 1,5 d. Ochiul stâng al bolnavului este lăcrimos și fotofob. Conjunctiva sa bulbară prezintă o intensă congestie pericheratică. Cornea acestui ochi este opalescentă, cu edem epitelial în jumătatea sa inferioară. Camera sa anterioară este redusă, iar irisul atrofic, intens vascularizat prezintă o sinechie lineară pigmentată nasală. Pupila ovalară orizontal este rigidă și cu un reflex cenușiu. Fundul ochiului este neluminabil. Vederea și câmpul vizual a acestui ochi sunt dispărute. Tensiunea oculară este la: OD = 24 mm; OS = 60 mm.

La 8 Martie 1938 tensiunea oculară este la: OD = 24 mm; OS = 60 mm. Bolnavul se plânge că în cursul nopții trecute a avut mari dureri oculare. I se administrează dionină, pilocarpină și termofor.

La 9 Martie tensiunea oculară este la: OD = 24 mm; OS = 70 mm. Durerile oculare sunt mai atenuate. Continuă tratamentul.

La 11 Martie tensiunea oculară este la: OD = 20 mm; OS = 60 mm. Durerile oculare și-au reluat intensitatea. Ii practicăm o primă injecție retrobulbară stângă de 1 cc. alcool 80%, după injecția orbitală prealabilă de 1 cc. novocaină 2%.

La 12 Martie se constată o ușoară exoftalmie stângă însoțită de ptoză, iar tensiunea oculară este la: OD = 24 mm; OS = 60 mm. Se continuă tratamentul cu pilocarpină.

La 14 Martie tensiunea oculară este la: OD = 24 mm; OS = 71 mm. A dispărut exoftalmia, dar se menține ptoza și limitarea mișcărilor de verticalitate ale globului. Durerile au dispărut.

La 15 Martie tensiunea oculară este la: OD = 26 mm; OS = 62 mm; Durerile oculare au reapărut intense. Ii practicăm a doua injecție retrobulbară stângă de 1 cc. alcool 80%.

Intre 16 și 21 Martie tensiunea oculară se menține la ambii ochi în jurul cifrelor: OD = 20 mm; OS = 60 mm., iar durerile persistă cu perioade de acalmie și exacerbare succesive.

La 22 Martie ii practicăm a treia injecție retrobulbară de 1 cc. alcool 80%.

Intre 23 și 25 Martie tensiunea oculară se menține neschimbată, iar durerile oculare câștigă progresiv în intensitate.

La 26 Martie procedăm la enucleația globului ocular stâng, cu sutura continuă a sacului conjunctival.

Intre 27 și 30 Martie persistă un chemozis și sensibilitatea dureroasă a regiunii operate. Scoatem firul de sutură conjunctivală și prin întredeschiderea parțială a plăgii conjunctivale eliminăm un chiag sanguin orbital.

Intre 1 și 6 Aprilie fenomenele reacționare locale se atenuiază progresiv, iar sensibilitatea locală dispare. Ferzistă însă chemozisul, pentru reducerea căruia administrăm bolnavului o proteză.

La 8 Aprilie chemozisul a dispărut complet, iar regiunea operată a luat aspectul normal. Se administrează bolnavului proteza definitivă, cu care părăsește clinica la 12 Aprilie.

Examenul anatomo-patologic al globului ocular stâng enucleat ne-a arătat datele care urmează. Cornea prezintă o infiltrație polinucleară difuză, periferică, a straturilor superficiale ale parenchimului său, iar sclerotica este bogat incrustată de granule calcare, mai ales la nivelul polului său posterior. Irisul este intens atrofic și prezintă sinechia anterioară a rădăcinii sale în toată întinderea. Corpul ciliar și coroida se prezintă în stare de atrofie, dar mai puțin accentuată. Cristalinul prezintă alterațiuni de cataractă corticală, cu deosebire accentuate la nivelul stratului cortical posterior. Retina are alterațiuni foarte importante de atrofie, al căror aspect variază după regiunea considerată. În regiunea preecuatorială ea este mult subțiată, atât prin reducerea accentuată a stratului fibrelor nervoase și a straturilor plexiforme, care face ca cele două straturi granulare să fie strâns apropiate, cât și prin dispariția completă a stratului celulelor nervoase ganglionare. În

regiunea retroecuatorială retina dobândește în schimb o grosime din ce în ce mai accentuată cu cât înaintează către regiunea papilei și prezintă din distanță în distanță mici deslipiri discoidale. Această îngroșare progresivă a retinei se datorează în special destinderii stratului său plexiform extern printr-o rețea chistică, ale cărei ochiuri sunt pline cu coaguli albuminoizi și pachete de globule roșii. Această rețea chistică dislocă până la nimicire, cu deosebire stratul granular intern. Locul acestuia, acel al stratului plexiform intern, al celulelor ganglionare și al fibrelor nervoase este ocupat de un abundent țesut glial difuz, în care se găsesc afundate vasele retiniene, al căror perete este enorm îngroșat, hialinizat, iar lumenul foarte redus, sau pe alocurea chiar obstruat. În jurul papilei și pe o lărgime echivalentă cu aproximativ 1-2 diametri papilari, suprafața internă a retinei este căptușită cu un strat de țesut neoformat dispus sub formă inelară. La nivelul marginii sale interioare acest inel de țesut neoformat preretinian se continuă cu un țesut similar care ocupă regiunea pre-papilară, în timp ce la nivelul marginii sale exterioare acest țesut părăsește contactul cu retina, pentru a înainta ca o membrană din ce în ce mai subțire, până ce se pierde insensibil în vitrosul posterior. Limitantă internă a retinei separă precis această membrană de retină, dar este totuși întreruptă pe mici porțiuni, cu deosebire în vecinătatea imediată a papilei, lăsând astfel să treacă din retină în membrana preretiniană atât mici capilare retiniene, cât și țesut glial retinian. Limitanta internă a retinei, ca și straturile cele mai interne ale retinei sunt cutate pe tot parcursul corespunzător membranei preretiniene prin retracția acesteia, care la locul de părăsire a contactului cu retina pentru a înainta în vitros, ridică în același timp straturile interne ale retinei în formă de cort cu vârful spre vitros și este flancată de emoragii preretino-vitreene. (Fig. 1). Papila prezintă o vastă escavație totală cu

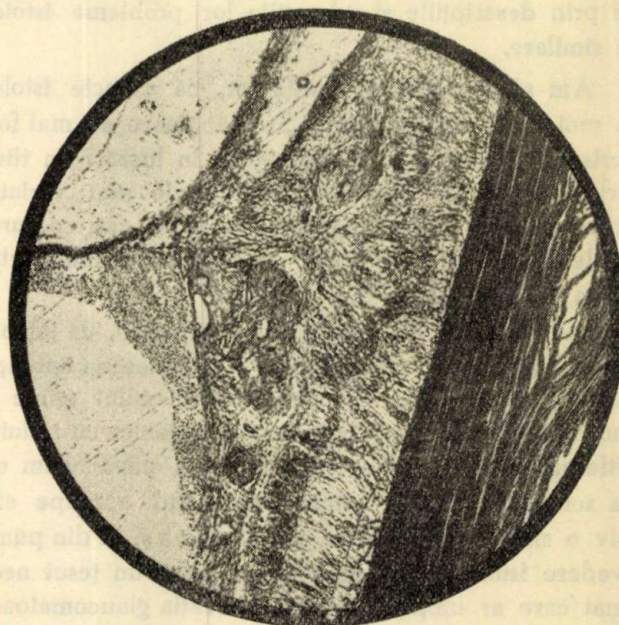


Figura Nr. 1

aspect glaucomatos, cu infundarea neregulată a lamei ciuruite, ale cărei lamele sunt presate și căptușite spre vitros cu stratul fibrelor nervului optic, care sunt distruse în cea mai mare parte, fiind înlocuite de un strat cu aspect fibroid, mai gros la marginea escavației și foarte subțiat la fundul ei. În acest strat mai bogat celulat se găsesc secțiunile vaselor centrale ale retinei, cu o discretă infiltrație limfocitară în jur. Dintre aceste vase, vana centrală a retinei are un aspect aproape normal, în timp ce artera centrală are peretele cu tendință la hialinizare, dar cu mult mai redusă ca aceea a arteriolelor retiniene. Intreaga escavație glauco-

matoasă a papilei este umplută, până la nivelul suprafeței retiniene de un strat neoformat, bogat vascularizat, care se extinde subțindu-se progresiv pe fața anterioară a retinei, (Fig. 2) pe o întindere de 1—2 diametri papilari în jurul papilei, pe care o părește, spre a înainta liberă în vitrosul posterior. Acest țesut neoformat are aspect colagen și prezintă o structură fibrilară, reticulată fin, care amintește țesutul mixomat. El este presărat cu

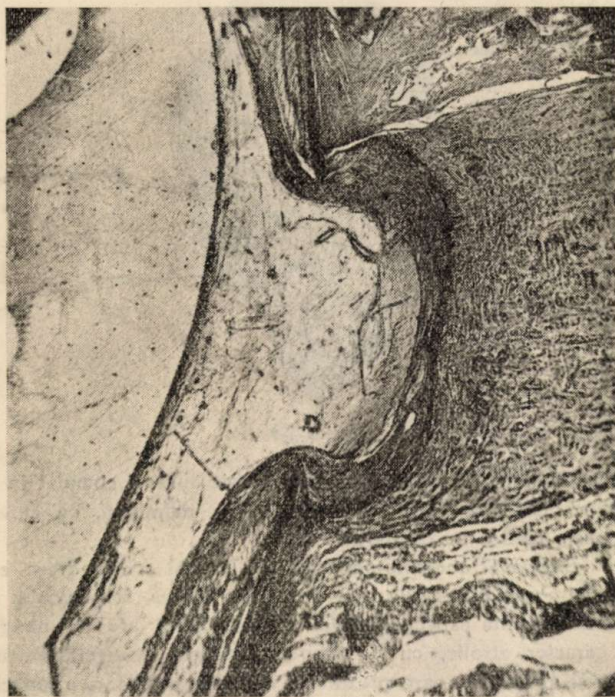


Figura Nr. 2

celule rari, rotunde, sau în paianjen cu numeroase prelungiri ramificate, care devin cu mult mai numeroase către suprafața de contact a neoformății cu vitrosul, unde celulele se dispun într-o bandă cu aspect de strat germinativ, delimitată către vitros de un singur șir de celule turtite, fusiforme. Din unele puncte ale acestui strat pleacă spre vitros cordoane formate din celule fusiforme, care înaintază ca adevărate rădăcini, contribuind la fixarea și atragerea neoformății spre vitros. Tot acest strat, cu formele sale celulare variate, cât și țesutul fibrilar care umple escavația papilei, prezintă caracterele histologice ale unei intense proliferări gliale, celulare și fibrilare, cu fibrile care se prind cu piciorușele lor fine de limitanta internă, atrăgând spre vitros și cutând retina subjacentă. Întreg acest strat de țesut neoformat este străbătut de un mare număr de vase sanguine neoformate cu înfățișarea capilarelor, în jurul cărora fibrilele țesutului se condensează sub aspectul unor teci. Ele pornesc în cea mai mare parte din vasele centrale ale retinei, din dreptul fundului escavației glaucomatoase, de pe laturile ei și chiar din vasele retiniene din imediata vecinătate a papilei. Toate aceste vase pătrund apoi în masa neoformată prepapilară și preretiniană, pe care o străbat ramificându-se în toate direcțiile, formând o rețea fină, strânsă, așezată imediat sub banda celulară germinativă și cu deosebire în dreptul periferiei porțiunii sale preretiniene. Nervul optic are fibrele sale dispărute și înlocuite printr-o bogată rețea glială, în care se observă înmulțirea elementelor celulare gliale. În segmentul său situat imediat înapoia lamei ciuruite și pe o lărgime de aproximativ 2 mm. el prezintă o bogată infiltrație limfocitară, care se așează cu deosebire în jurul extremității papilare a vinei centrale a retinei și mai ales a bifurcației sale, iar în mod mai discret și în jurul capilarelor septale din aceeași regiune a nervului. La același nivel al bifurcației vinei centrale a retinei se observă o prolife-

rare accentuată a endoteliului său, care îi îngustează apreciabil lumenul, fără a fi contribuit la producerea unui trombus. (Fig. 3). În restul parcursului lor nervos, atât vâna cât și artera centrală a retinei nu prezintă nicio leziune istologică.

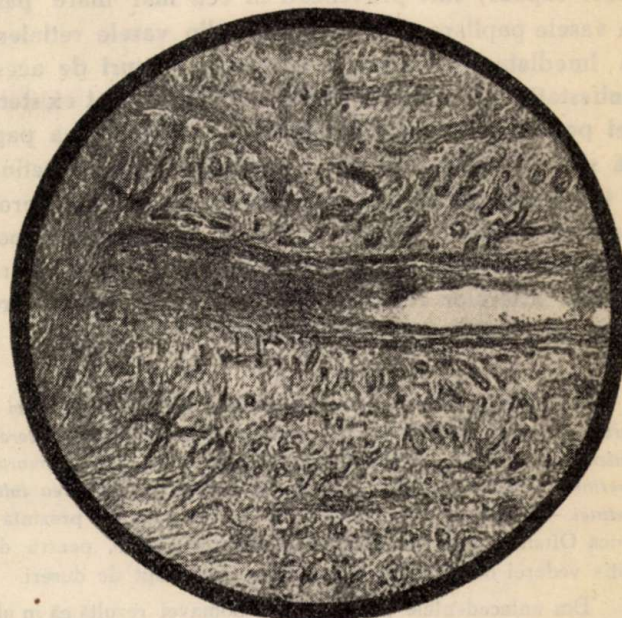


Figura Nr. 3

Rezumând datele anatomo-clinice expuse în observația de mai sus, putem spune că un bolnav de 68 ani a început cu un an mai înainte să prezinte o scădere rapidă a vederii ochiului său stâng, însoțită de emoragii retiniene și de accidente glaucomatoase, cari în scurtă vreme au devenit foarte dureroase. După perioade succesive de acalmie și exacerbare a acestor fenomene, cari au durat un an, în cursul cărora vederea acestui ochi a dispărut complet, bolnavul a prezentat fenomene dureroase oculare intolerabile, cari nu au putut să fie dominate de injecțiile retrobulbare repetate de alcool 80% și cari l-au determinat să reclame enucleația. În momentul enucleației tensiunea oculară ireductibilă ajunsese la 70 mm., iar ochiul intens congestiv și sensibil avea fundul ne umtinabil. Examenul anatomo-patologic al globului enucleat a evidențiat în primul rând existența leziunilor caracteristice glaucomului înaintat, caracterizate prin infiltrația celulară periferică a corneei, calcificarea sclerotice, atrofia înaintată a uveei și retinei, tulburări corticale ale cristalinului, escavația glaucomatoasă a papilei și atrofia nervului optic. Același examen însă, a mai scos în evidență existența și a unei alte grupe de leziuni, caracterizate prin apariția unui țesut neoformat lax, vascularizat, care umplea în întregime escavația papilei, extinzându-se în jurul ei, pe o lărgime de aproximativ 2 mm, pe fața anterioară a retinei, cu care contracta aderențe, ce au favorizat cutarea straturilor sale interne. Studiul acestui țesut neoformat a arătat că era rezultatul unei intense proliferări gliale celulo-fibrilare, care pornind dela suprafața papilei, progresa spre vitros, pe frontul

unui strat celular germinativ, din care plecau prelungiri celulare retractile, ca rădăcini, spre vitros și că neoformația era străbătută de un mare număr de vase cu aspect capilar, cari proveneau în cea mai mare parte din vasele papilare și în mică parte din vasele retiniene, din imediată vecinătate a papilei. Alături de aceste manifestațiuni, examenul istologic a mai relevat existența unei periflebite cronice localizate la extremitatea papilară și la zona de bifurcație a vinei centrale a retinei, cu îngustarea lumenului său printr-o accentuată proliferare endotelială, lezuni cari se opreau brusc în polul lamei cluruite, cât și puternica îngroșare cu hialinizarea pereților arterelor retiniene, care de asemenea se oprea brusc, dar înaintea lamei cluruite.

Observația II. — Lameliță optică cu periflebita zonei de bifurcație a vinei centrale a retinei, degenerări hialine ale arterelor retiniene, atrofie uveo-retiniană, glaucom secundar cronic, emoragii preretiniene, glioză prepapilară pseudo-tumorală și deslipirea totală a retinei. — Cărăban Fl., casnică, de 25 de ani, se prezintă la Clinica Oftalmologică din Cluj la 19 Februarie 1940, pentru dispariția vederii ochiului său drept, care s'a însoțit de dureri.

Din antecedentele personale ale bolnavei rezultă că în ultimele două luni ar fi scăzut în greutate și s'ar simți și slăbită. Examenul stărei generale nu evidențiază însă nici o leziune viscerală, iar RW în sângele său este negativă.

Boala sa oculară actuală ar fi început cu patru luni mai înainte prin scăderea progresivă a vederii, însoțită de dureri oculare și hemicraniene drepte. În decurs de 10 zile dela începutul boalei vederea ochiului său drept i-ar fi dispărut complet, pentru ca durerile oculare și cefalgiiile să-i continue încă cu intensitate timp de o lună. În vremea din urmă durerile oculare și cefalgiiile i-ar fi reapărut în mod intermitent, dar cu o intensitate mult redusă.

Examenul ocular ne arată că ochiul stâng al bolnavei este normal din toate punctele de vedere. Ochiul său drept nu prezintă nimic anormal la polul anterior, în afară de o midriază mijlocie însoțită de lipsa reflexelor pupilare. Vederea acestui ochi este dispărută, iar tensiunea sa oculară este de 50 mm. Examenul său oftalmoscopic nu ne îngăduie să observăm nimic din aspectul normal al fundului ochiului, care apare tulbure. Acest examen ne permite totuși să distingem, cu deosebire de partea temporală, relieful unei formațiuni anormale proeminente în vitros. Constatăm în adevăr existența unei neoformațiuni ovoide verticale, de culoare gălbui-rozată ceroasă, din conturul ușor ondulat al căreia pornesc de o parte și alta, în chip radiat, o serie de cordoane albe strălucitoare, a căror cealaltă extremitate se pierde insensibil în regiunea învecinată. (Fig. 4.) Segmentul infero-nasal al marginei acestei formațiuni este conturat de o semilună emoragică. Prin mijlocul și în dreptul axului vertical al acestei formațiuni constatăm o dungă albă strălucitoare, similară cordoanelor sale radiate periferice. Din apropierea acestei dunghi albe axiale a neoformației se observă apărând, de o parte și alta a ei, o serie de 8—10 trunchiuri vasculare fine, cari par a veni din profunzime, pentru ca imediat apoi să se răsfrângă, ramificându-se până la periferia ei. O parte din cordoanele albe cari pornesc dela periferia neoformației sunt de asemenea străbătute de câte un astfel de vas sanguin.

La 25 Februarie 1940 practicăm bolnavei enucleația globului ocular drept, urmată de sutura continuă a conjunctivei.

La 26 Februarie sacul conjunctival este proeminent în deschiderea palpebrală, din cauza unui hematom orbitar, care s'a produs ulterior operației, sub pansament.

La 5 Martie scoatem firul de sutură și aplicăm o proteză provizorie asupra sacului conjunctival încă proeminent în deschiderea palpebrală.

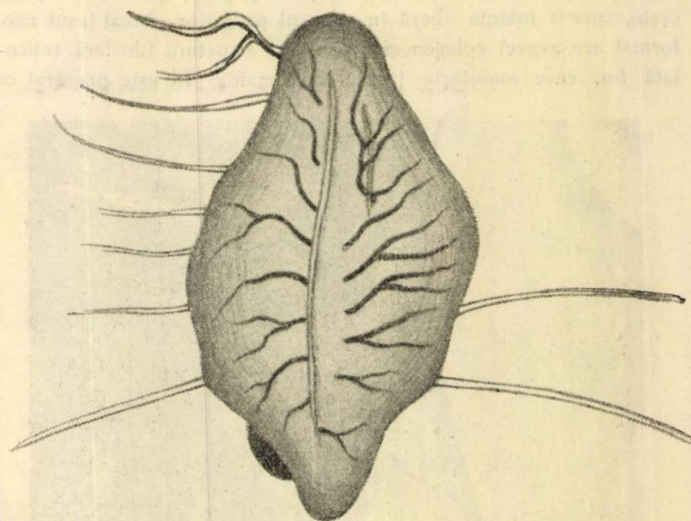


Figura Nr. 4

La 8 Martie sacul conjunctival este revenit complet în poziție normală și aplicăm bolnavei proteza definitivă, cu care ea părăsește clinica la 22 Martie.

Examenul anatomo-patologic al globului ocular drept enucleat ne-a arătat detaliile care urmează. Cornea, sclerotica și cristalinul prezintă aspect istologic normal. Uvea are în întregime un caracter atrof, cu deosebire accentuată la nivelul corpului ciliar și al irisului, care prezintă și sinechia anterioară a rădăcinii sale. Retina prezintă o deslipire totală, care se întinde până în apropierea orei serate, dându-i aspectul de retină în umbrelă. Ea este sediul unei atrofii înaintate, care îi interesează cu deosebire straturile interne, în așa fel că stratul fibrelor nervoase, acel al celulelor nervoase ganglionare, stratul plexiform și cel granular intern sunt înlocuite în parte printr-o accentuată proliferare glială fibro-celulară, iar pe de altă parte printr-o rețea chistică, plină cu exudate albuminoide și pachete de globule roșii, care dislocă și stratele plexiform și granular extern. Vasele retinei prezintă alterațiuni profunde, caracterizate prin proliferarea adventiciei și întimei lor, care în parte le transformă în cordoane pline, în timp ce în special arterele retiniene prezintă o puternică hialinizare a pereților. Proliferări ale epiteliului pigmentar, în formă de noduli, sunt încrustate în fața externă a retinei deslipite. În fața retinei, corespunzător pânzei sale de deslipire și alipită ei se găsește o neoformație, care pe secțiuni prezintă o formă triunghiulară, cu vârful îndreptat spre vitros și în special către marginea temporală a cristalinului, față de care se găsește la o distanță de aproximativ 3—4 mm. (Fig. 5.) Această neoformație preretiniană este alcătuită dintr'un țesut lax, cu aspect mixomatos, în care se disting celule rari, rotunde, fusiforme, sau în paiajen, cu numeroase prelungiri filamentoase ramificate. Aceste celule devin cu mult mai numeroase către suprafața de contact a neoformației cu vitrosul, unde ele se dispun într'un adevărat strat germinativ, delimitat către vitros printr'un singur șir de celule fusiforme, din care pornesc numeroase cordoane celulare bine întinse, cari pătrund ca adevărate rădăcini în vitros, către care atrag ca niște ancore neoformația și retina. (Fig. 6.)

Întreaga neoformație are caracterele unei intense proliferări gliale celulo-fibrilare, ale cărei fibrile se prind de limitanta internă a retinei, contribuind astfel la cutarea accentuată a retinei și în special a straturilor sale interne. Un mare număr de vase cu structură capilară străbate neoformația preretiniană în toate sensurile,

pentru a se transforma într-o rețea vasculară bogată, așezată la nivelul stratului celular germinativ, care delimitează neoformația de vitros. Cele mai multe dintre aceste vase iradiază din pâlnia retinei deslipite și provin din însăși vasele centrale ale retinei

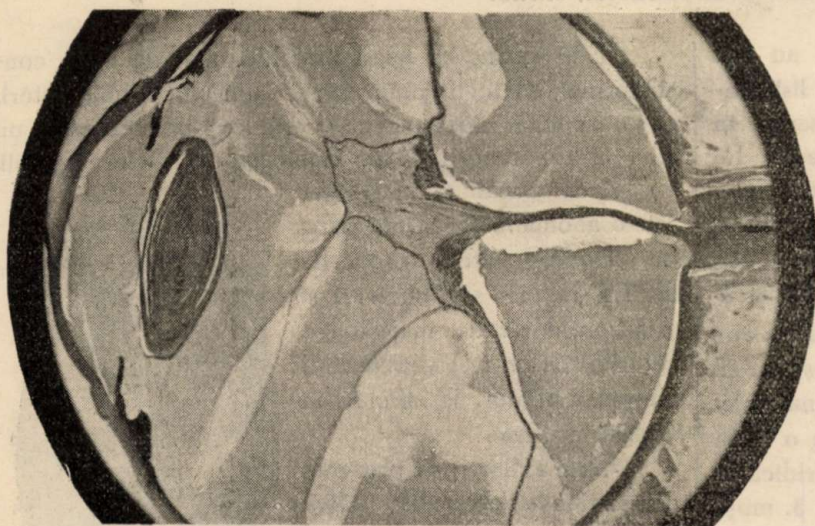


Figura Nr. 5

la intrarea lor în papilă, dar o parte din ele provin și din vasele straturilor interne ale retinei, din care au pornit odată cu țesutul glial proliferat al straturilor sale interne, contribuind astfel la fixarea neoformației de retină, iar prin rețracția puternică a țesu-

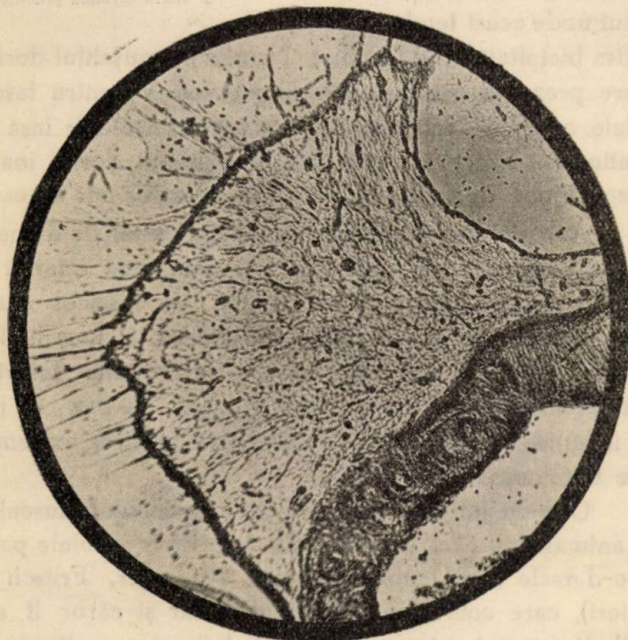


Figura Nr. 6

tului neoformat la deslipirea totală a retinei. Pe laturile neoformației preretiniene se găsesc mici emorații ale vitrosului posterior. Papila prezintă la nivelul lamei ciuruite o puternică escavație, cu caracter glaucomatos, din fundul căreia pornește pediculul retinei deslipite total. Lama ciuruită deși este puternic infundată, prezintă lamelele sale disociate prin proliferarea țesutului glial și în parte printr-o infiltrație limfocitară difuză. La nivelul marginii escavației papilare se constată că țesutul glial intermediar al lui Kuhnt, care normal se interpune între inelul coroidian și începutul retinei, este intens proliferat, formând pe secțiuni câte un pînten puternic, care pornind de la inelul coroidian înaintează către suprafața ex-

ternă a retinei deslipite. Nervul optic este atrofie, fibrele sale fiind de asemenea înlocuite prin proliferarea țesutului glial. Vâna centrală a retinei, către extremitatea sa papilară și la nivelul bifurcației, prezintă leziuni de periflebită cronică, care se opresc la nivelul lamei ciuruite, la a cărei disociere contribuie alături de proliferarea glială. În restul parcursului său intravenos, vâna ca și artera centrală a retinei nu prezintă nicio manifestare patologică.

Rezumând datele anatomo-clinice expuse în observația de mai sus, putem spune că o bolnavă de 25 ani, a început să prezinte cu patru luni mai înainte scăderea rapidă a vederii ochiului său drept, însoțită de mari dureri oculare corespunzătoare de ordin glaucomatos. La zece zile după începerea afecțiunii vederea ochiului afectat a dispărut complet, pentru ca ulterior fenomenele dureroase să i se atenueze și ele progresiv și să reapară numai sub formă intermitentă și de intensitate redusă. Examenul clinic al bolnavei a evidențiat existența unui glaucom subacut al ochiului drept, care

evolua simultan cu o neoformație intraoculară. Examenul anatomo-patologic al ochiului enucleat a scos în relief pe de o parte prezența leziunilor caracteristice glaucomului, constând în escavația papilei, atrofia uveei, retinei și nervului optic, iar pe de altă parte existența unei neoformații prepapilo-retiniene, care însoțea o deslipire totală a retinei. Studiul neoformației a arătat că era alcătuită dintr-un țesut lax, vascularizat, care umplea pâlnia retinei deslipite, de care adera și pe care o cuta, proemînând în vitros sub formă conică, până în apropierea feței posterioare a cristalinului. Structura acestui țesut a arătat că era rezultatul unei proliferări gliale intense, care pornind de la suprafața papilei înainta spre vitros pe frontul unui strat celular germinativ, din care plecau, iradiind în interiorul vitrosului, numeroase cordoane celulare, sub aspectul unor rădăcini puternic retractile, care au contribuit la deslipirea retinei. Neoformația era străbătută de un mare număr de vase cu aspect capilar, care proveneau în cea mai mare parte din vasele papilare și în parte din vasele retiniene. O proliferare glială difuză interesă în același timp straturile interne ale retinei, nervul optic, lama ciuruită, ale cărei lamele le disocia, cât și inelul intermediar al lui Kuhnt, care contribuia la strangularea pediculului papilar al retinei deslipite total. Pe lângă aceste manifestări examenul histologic a mai scos în evidență existența unei periflebite cronice, localizate la extremitatea papilară și la zona de bifurcație a vînei, centrale a retinei, leziuni care se opreau brusc înaintea lamel ciuruite, pe care de asemenea o infiltra parțial cât și îngroșarea cu hialinizarea pereților arterelor retiniene, care de asemenea se oprea brusc înaintea lamel ciuruite.

(Continuarea în numărul următor).

Anomalii musculare multiple

de

Dr. Russu Ioan Gabriel, asistent

Anomaliile prezentate în aceste rânduri au fost în mare parte descrise. Ar însemna să dau o listă interminabilă de autori, pentru a cita lucrările scrise în această privință, citez între alții pe: Wood, Testut, Le Double, Cruveilhier, Gantzer, Macalister, Cooper, Henle, Theile. Totuși faptul care mă face să le descriu constă în raritatea unor dispozițiuni anormale găsite; cât și ansamblul acestor anomalii prezente pe un singur individ.

V. R. de 40 ani, lucrătoare, moare subit. La autopsie se diagnostică o tuberculoză pulmonară și nu se constată nimic anormal din punct de vedere anatomic. Disecția cadavrului însă lasă să se descopere o serie de anomalii musculare și anume: 1. mușchiul ridicător al glandei tiroide, 2. arcul axilar al lui Langer, 3. mușchiul condro-epitrochlean (reduc la o bandă fibroasă), 4. mușchiul lui Gantzer, 5. mușchiul scurt radial anterior, 6. dedublarea tendonului mușchiului primului radial extern, 7. trei fascicule supranumerare ale mușchiului scurt abductor al polgei, 8. un fascicol muscular supranumerar al lojit tenare.

Anomaliile mușchilor antebrăului și ai mâinii se găsesc numai de o singură parte — dreapta — ca și mușchiul ridicător al glandei tiroide; în partea stângă se găsește coarda fibroasă reprezentând mușchiul condro-epitrochlean; iar arcul axilar al lui Langer se află bilateral.

Voi descrie pe rând aceste anomalii:

Mușchiul ridicător al glandei tiroide, descris de Winslow, Sömering ș. a., face parte — în cazul de față — din grupa mușchilor compleți după clasificarea lui Sömering. El este aici un mioglandular unilateral. Extremitatea sa superioară se inseră pe marginea inferioară a corpului osului hioid, de unde naște sub forma unei bande musculare, lată de 5 mm., fără formațiuni tendinoase. Dela inserția superioară se duce în jos pe o lungime de 35 cm., până la inserția inferioară care se face pe capsula glandei tiroide la nivelul unghiului dintre istm și lobul lateral. (Fig. 1).

În acest caz tiroida nu prezintă piramida lui Lalouette, iar istmul era incomplet, fiind întrerupt pe linia mediană.

Mușchiul ridicător al glandei tiroide bine dezvoltat, cu o grosime de 1,5 mm., se găsește situat sub mușchiul sterno-cleido-hioidian și de-a-lungul marginii interne a mușchilor: tiro-hioidian și sterno-tiroidian (în partea lui superioară).

Inervația lui era dată de un firșor nervos, subțire, provenit din ramura mușchiului sterno-cleido-hioidian, care pătrundea prin marginea externă a ridicătorului în treimea sa inferioară.

Este exclus ca acest mușchi, atât de bine conformat, să nu fi putut avea, cum susțin unii autori, nici o acțiune. Mai plauzibil este ca acțiunea sa să nu aibă nici o importanță în fiziologia aparatelor regiunii.

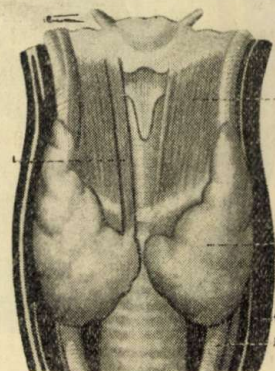
Arcul axilar al lui Langer este o anomalie observată după Le Double într-o proporție de 7,7%, uni- sau bilateral și este considerat de majoritatea autorilor ca un rest al paniculului muscular aflător, la animale în această regiune.

Arcul axilar găsit prezenta dispozițiunea obișnuită, adică se întindea „sub forma unui triunghi cu baza posterioară, între marginea externă a mușchiului dorsal mare și fața posterioară a tendonului mușchiului pectoral mare, la nivelul unde acest tendon atinge aculisa biclitală” (Le Double). Inserția pe mușchiul dorsal mare prezenta o intersecție aponevrotică pentru fasciculele cele mai externe, majoritatea fasciculelor însă se continuau direct cu cele ale mușchiului dorsal mare (dispozițiune descrisă de Testut și de autor într'un caz).

Aceasta era dispozițiunea arcului axilar de ambele părți. În partea dreaptă însă pe marginea internă a arcului axilar venia să se prindă un fascicol muscular plecat de pe marginea inferioară a mușchiului pectoral mic, chiar dela inserția lui costală. Inserția acestui fascicol, de formă triunghiulară cu bază în jos și înăuntru pe arcul axilar, se făcea printr-o extremitate tendinoasă.

Originea lui este probabil tot în paniculul muscular al animalelor, căci au mai fost descrise fasciculele pectoro-dorsale (Le Double, Meckel, Rüdinger, Fritsch și Calori), care coincideau cu arcul axilar și căror li s'a atribuit aceeași origine. Acest al doilea arc axilar (fascicol pectoro-pectoral) a suferit probabil o turburare în evoluția sa și a obținut astfel o inserție aberantă.

În partea stângă de pe marginea externă a arcului axilar imediat sub inserția sa pectorală, pleca o bandă fibroasă, groasă de 2 mm., lată de 5 mm. și lungă de 23 cm., care se găsea inclavată în grosimea fasciei brachiale. Acest cordon fibros, căruia i se poate urmări textura fibrelor sale verticale, se termină în partea inferioară la nivelul epitrochleei, lăbindu-se și inserându-se pe fascia regiunii supero-interne a ante-



1. mușchiul ridicător al glandei tiroide.
2. mușchiul tiro-hioidian.
3. glanda tiroidă
4. vâna jugulară internă.
5. artera carotidă primitivă.



FIOLE a 5 și 10 cc.
Laboratoarele „GAMMA”

PICĂTURI



Reprezentanta pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

Somniferul cu efect sigur

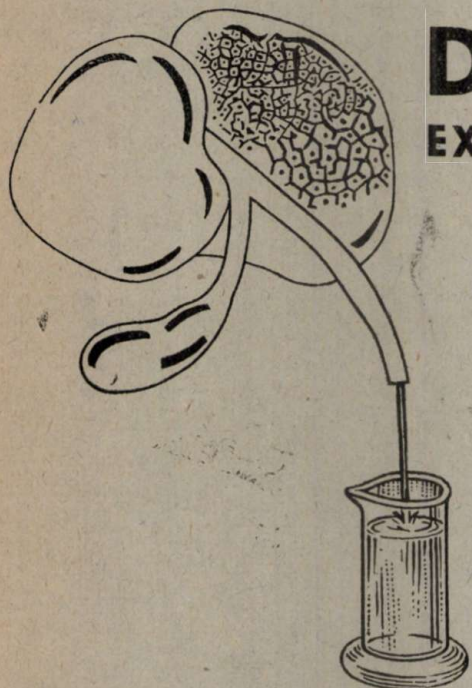
chiar și în doze mici
($\frac{1}{2}$ tabletă), somn recon-
fortant și o deșteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.

Literatură și eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, București



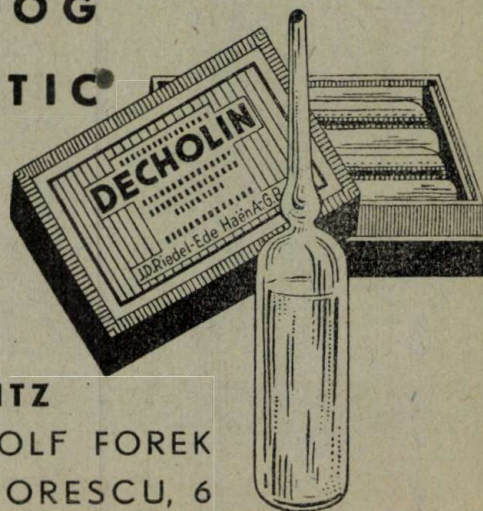
DECHOLIN

EXPERIMENTAT ANI DE ZILE

COLERETIC

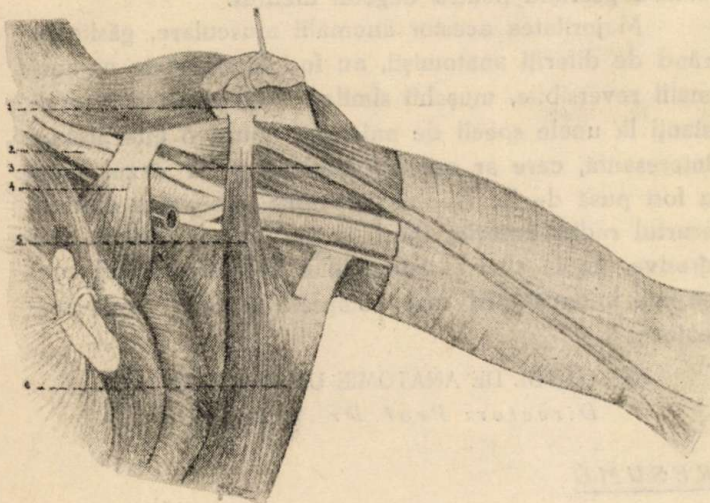
COLAGOG

DIURETIC



J. D. RIEDEL-E. DE HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ
REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK
BUCUREȘTI 3, STR. G-RAL EREMA GRIGORESCU, 6

brațului. În drumul său cordonul fibros e situat întâi pe fața anterioară a mușchiului biceps; apoi încrucișează, în treimea inferioară a brațului, artera umerală și nervul median de sus în jos și dinafară înăuntru, pentru a le trece medial. (Fig. 2).



1. Mușchiul pectoral mare. 2. Artera axilară. 3. Mușchiul condro-epitrochlean (reprezentat printr-o coardă fibroasă. 4. Mușchiul pectoral mic. 5. Arcul axilar al lui Langer. 6. Mușchiul dorsal mare.

În privința identificării sale îmi pare neîndoișor că reprezintă urma unui *mușchiu condro-epitrochlean*. Mușchiul condro-epitrochlean, descris de o serie de autori ca anomalie reversibilă la om (Klein) Duges, Wood, His, Testut, Huxley, etc.) și identificat la animale ca un mușchi normal (Alix, Macalister, Maisonneuve), când e complet, se inseră pe cartilagiul ultimelor coaste și pe aponevroza abdominală trece apoi la braț pentru a se termina pe culașă lăptă a aponevrozei brachiale, epitrochlee sau aponevrozei antibrachiale.

În cazul de față este probabil că porțiunea toracică și axilară a dispărut sau s'a fuzionat cu axul axilar, persistând numai porțiunea brachială a mușchiului condro-epitrochlean, sub forma cordonului fibros descris mai sus.

Mușchiul primul radial extern prezintă dispozițiunea obișnuită la inserția sa superioară, în treimea mijlocie însă corpul muscular dă naștere la două tendoane, suprapuse la început. La nivelul tabacherii anatomice cele două tendoane sunt juxtapuse și se inseră: cel extern pe fața dorsală a extremității superioare a celui de al doilea metacarpian, iar cel intern pe fața dorsală a extremității superioare a celui de al treilea metacarpian, înafara inserției celui de al doilea mușchi radial extern.

Această *dedublare a tendonului mușchiului primul radial extern* este frecventă și o remarcă numai pentru respectarea ansamblului.

În regiunea anterioară a antebrațului, după ridicarea fasciei antibrachiale și secțiunea mușchiului palmar mare; s'a pus în evidență, înafara tendoanelor muș-

chilor flexori, un mușchi, care se insera pe marginea anterioară a osului radius, în treimea sa mijlocie pe o întindere de 5,2 cm., prin ajutorul unei lame aponevrotice foarte rezistentă. De aci corpul muscular merge în jos, acoperind mușchiul patrat pronator și fiind încrucișat pe fața anterioară de tendonul mușchiului palmar mare și artera radială. Ajuns în regiunea gâtului mâinii mușchiul se aruncă pe un tendon lung de 3 cm., care pătrunde în partea cea mai externă a canalului carpean, imediat înăuntru tecii mușchiului palmar mare. În canalul carpean tendonul este situat înafara și înaintea tendoanelor mușchilor flexori, la acest nivel tendonul se lățește și se fuzionează cu aponevroza palmară a regiunii mijlocii, pe care o atinge prin fața sa posterioară (profundă), cu excepția unui fascicol tendinos extern, care se continuă cu un fascicol muscular al mușchiului abductor scurt al policelui.

Din descripția de mai sus se vede că este vorba de un mușchi *radio-palmar* sau *scurt radial anterior*, descris sub diferite denumiri după inserția sa inferioară sau după acțiunea lui. Cazul de față face excepție de la descripția clasică prin faptul că tendonul mușchiului trece prin canalul carpean și nu prin teaca palmarului mare.

Inervația era dată de nervul interosos ca și vascularizația de artera omonimă.

Mușchiul scurt abductor al policelui, înafară de fasciculele musculare obișnuite, ce se inseră pe: 1. porțiunea anterioară a ligamentului inelar, 2. scaffold și 3 o expansiune a tendonului mușchiului lung abductor, primește încă alte *trei fascicule supranumerare*.

Astfel în partea internă, un fascicol muscular supranumerar gros de 4 mm., vine de la partea cea mai externă a tendonului mușchiului scurt radial anterior, fuzionându-se apoi cu corpul mușchiului.

În partea sa supero-internă mușchiul scurt abductor al policelui primește două fascicule: unul își ia inserția pe marginea anterioară a șanțului de pe apofiza stiloidă a radiusului, iar al doilea de pe ligamentul colateral extern (radial) al articulației radio-carpiene. Fascicolul radial (de pe apofiza stiloidă) este superior, iar celalalt este inferior ca inserție. Ambele fascicule prezintă o formă fuziformă, având o grosime de 6 mm. la mijlocul corpului lor muscular. Fascicolul inferior merge în jos, ocolește înafară partea inferioară a fascicolului radial și trece pe un plan mai anterior, pe când fascicolul radial rămâne pe un plan posterior. Amândouă fasciculele se duc și se inseră pe tendonul comun al mușchiului scurt abductor al policelui.

Toate fasciculele musculare descrise mai sus, cu mușchiul scurt abductor al policelui și cu un corp muscular izolat — care se va descrie mai jos — converg spre un tendon muscular turtit, pe care se inseră și care la rândul lui se prinde prin extremitatea sa în-

ferioară pe partea externă a extremității superioare a primel falange a pollicelui.

La partea externă a regiunii tenare se diferențiază un corp muscular, bine delimitat înăuntru de mușchiul scurt abductor al pollicelui printr'un interstițiu celular. Acest corp este acoperit de piele și acoperă mușchiul opozant, de care este separat printr'un interstițiu celular și primul metacarpian, pe a cărui margine externă trimitte câteva fascicule de inserție, oblice în jos și înapoi.

Corpul muscular se continuă în sus cu un tendon rotund și subțire, care rezultă din bifurcarea tendonului mușchiului lung abductor al pollicelui.

Mușchiul lung abductor al pollicelui (loja posterioară a antebrațului), după ce prezintă la antebraț inserțiile obișnuite, dă naștere la două tendoane: a) unul intern, care reprezintă mușchiul normal, se duce — delimitând tabacherea anatomică — la inserție pe primul metacarpian; b) al doilea extern merge lateral de-a-lungul primului tendon și la nivelul articulației primului metacarpean cu trapezul se continuă cu corpul muscular descris mai sus, care se inseră în jos pe tendonul comun al mușchiului scurt abductor al pollicelui, formând un plan de fascicule externe.

Anomaliile ale mușchilor: scurt abductor și lung abductor al pollicelui au fost descrise, reprezentând dublări ale tendoanelor cu terminații variate pe: ligamentul inelar, mușchiul opozant, mușchiul scurt flexor; numai o singură dată am găsit descris un mușchiu cu caracter digastric, ca în anomalia de mai sus, care însă era un fascicol din mușchiul prim radial extern.

Iată, citat după Le Double, anomalia descrisă de Cruveilhier: „un fascicol muscular plecat din primul radial extern se termina imediat printr'un tendon, conținut într-o teacă fibroasă proprie situată înafara celei a radialului; acest tendon dădea naștere la un mic fascicol cărnos, care se unea cu mușchiul scurt abductor, era deci un mic mușchiu digastric”.

Trebue să mai notez prezența unui fascicol muscular descris sub numele de mușchiul lui Gantzer, care

pleca de pe apofiza coronoidă sub forma unui corp muscular de formă conică, lung de 4 cm. și care dădea naștere unui tendon cilindric, ce se termina în treimea inferioară a antebrațului, ceva deasupra ligamentului inelar, fuzionându-se cu tendonul mușchiului flexor comun profund pentru degetul medius.

Majoritatea acestor anomalii musculare, găsite pe rând de diferiți anatomici, au fost interpretate ca anomalii reversibile, mușchii similari fiind normali și constanți la unele specii de animale; totuși o interpretare interesantă, care ar putea fi bănuită și în cazul meu, a fost pusă de Le Double: „pentru mine, zice autorul, scurtul radial anterior intră în cadrul anomaliilor progresive, nu în acel al anomaliilor regresive, fiind consecința îmbucătățirii mai complete a masei flexo-protoare”.

INSTITUTUL DE ANATOMIE UMANĂ, CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. V. Papilian

RESUME

Anomalies musculaires multiples

Chez un seul sujet l'auteur a eu l'occasion de constater la présence des anomalies suivantes: le muscle elevateur de la thyroïde, le muscle de Gantzer, le muscle court radial antérieur, le dédoublement du tendon du muscle premier radial externe, trois fascicules du muscle court abducteur du grand doigt, un fascicule surnuméraire de la loge thénare (droite), une bande fibreuse représentant le muscle chondro-épitrochléen (gauche), l'arc axillaire de Langer (bilatéral).

ZUSAMMENFASSUNG

Mehrfache muskuläre Anomalien

An einem einzigen Subjekt hatte der Verfasser Gelegenheit mehrere muskuläre Anomalien festzustellen: M. levator thyroideae, M. Gantzer, M. radialis ant. brevis, Verdoppelung der Sehne des M. radialis externus primus, M. abductor pollicis brevis mit drei Fascikeln, überzähliges Faserbündel des rechten Daumenballens, ein fibröses Band an Stelle des M. chondro-epitrochlearis (links), Langerscher Achselbogen beiderseits.

Un caz de cancer primar al apendicelui

de

Dr. M. Teșoiu
medic secundar

și

Dr. M. Copăceanu
medic secundar

G. G. de ani 32. În antecedentele heredo-colaterale, nu prezintă nimic deosebit. În antecedentele personale, la vârsta de 2 ani a suferit de pojar; la 4 ani variolă, la 8—9 ani difterie, la 12 ani scarlatină. Nu a suferit de nicio boală venerică. E fumător pasionat și alcoolic moderat.

De circa 3 ani simte oarecare jenă în regiunea apendiculară. De un an are dureri la acest nivel, care survin în accese, în legătură cu eforturi fizice sau surmenagii. Accesele dureroase sunt de 2—3 ore, însoțite de iritație nervoasă și separate prin perioade de remisiuni, de 2—3 săptămâni. De 6 luni accesele

sunt mai frecvente și mai lungi. De o lună, în urma unei excursii oboșitoare, pacientul a avut dureri mari și continui timp de o săptămână, ceea ce l-a determinat să se supună la operație. De remarcat că, în afară de dureri la nivelul fosei iliace drepte, pacientul nu a avut niciun fel de alte tulburări digestive, sau de altă natură și s'a alimentat tot timpul normal.

La examenul general nu constatăm nimic patologic. La examenul local constatăm o sensibilitate accentuată, în regiunea fosei iliace drepte, cu iradiere spre ficat. Temperatura 37,6 grade; leucocitoza 16 000.

Operația: sub anestezie rahidiană, se procedează la apendicectomie, după procedeul lui Mac Burney; se extirpă un apendice mărit de volum, inflammat și care prezintă la vârf o tumoră, de mărimea unei măsline mari, foarte dură. Se suturează plaga complet. Aspectul acestui apendice fiind suspect de cancer, facem un buletin în acest sens și-l trimitem pentru examinare la Institutul Anatomicopatologic București, care confirmă presupunerea noastră. Rezultatul examinării a fost: *carcinoid al apendicelui*.

Post operator a evoluat normal și după 8 zile, părăsește spitalul vindecat „per primam”.

Cancerul apendicular a fost menționat pentru prima dată la 1838 de Merling. La 1866, Rokitsky, publică 3 cazuri. Berger descrie cu exactitate cancerul apendicelui la 1882, iar Lafforgue îl prezintă cu toate detaliile în teza sa, Lyon — 1893. Letulle, Hartmann, Lecene, Lejars, Menetriers, au adus contribuții importante la studiul cancerului apendicular. Lecene publică în 1907, 40 cazuri, Williams, în 1908 publică 90 cazuri, Milner în 1909 publică, 69 cazuri. Mac Carly și Mac Grath, făcând un studiu asupra 5000 de apendicectomii, găsesc 22 cazuri de cancer. La noi în țară au publicat cazuri de cancer apendicular, Angelescu, Popescu (1927), Al. Pop (1929), Vasiliu-Nichita (1932), Stanca-Popa (1933), Safta (1937), Radu (1937) și Papal (1940).

În raport cu alte cancere, cancerul apendicular este mai puțin frecvent și majoritatea cazurilor publicate au fost descoperite incidental, în cursul unei operații, autopsii sau examen histopatologic. Procentajul dat de diferiți autori variază de la 0,03%, până la 1,48%, din totalul apendicelor. A fost întâlnit mai frecvent la femei. Vârsta predilectă este cuprinsă între 20—30 ani. Este un cancer epitelial, având două varietăți: o varietate formată din celule epiteliale cilindrice, întâlnit în jurul vârstei de 50 ani, este mai rară, dar are un caracter mai malign; o altă varietate, formată din celule sferice, numită carcinoid apendicular, este un

cancer propriu apendicelui, cu mult mai frecvent decât primul și cu o predilecție deosebită pentru vârsta tânără. Cauzele determinante, nu sunt cunoscute, ca și pentru cancer în general. Majoritatea operațiilor au prezentat simptome de apendicită dar nici până acum nu este elucidată chestiunea, dacă inflamația este premergătoare neoplasmului, sau este o consecință a lui.

Forma, este cea de tumoră circumscripă, apendicele având aspectul de măclucă; este forma cea mai frecventă. Forma tumorală difuză este cu mult mai rară. Localizarea cea mai frecventă este la vârf, urmează baza în ordinea frecvenței și în fine partea mijlocie. Într'un stadiu avansat, tumora invadează organul întreg și apoi vecinătatea.

Simptomatologia, îmbracă uneori formele apendicitelor, alteori este monosimptomatic, cum a fost cazul nostru și în fine alteori simptomatologia este aberantă.

Extensiunea cancerului este lentă dar lăsat să evolueze, prinde mezoul apendicelui apoi peritoneul și ganglionii ileocecali.

Prognosticul este benign în raport cu alte cancere, totuși s'au citat recidive, care au survenit între 2 luni și un an și jumătate.

Tratamentul se rezumă la apendicectomie, cu extirparea ganglionilor regionali, care este o indicație absolută, în toate cazurile suspecte.

În cazul nostru, am extirpat numai apendicele, a trecut până acum un an și două luni dela operație și pacientul se simte în stare perfectă de sănătate.

Am ținut să publicăm acest caz pentru raritatea lui.

RESUMÉ

Un cas de cancer primaire de L'appendice

Les auteurs décrivent un cas de canéroïde de l'appendice, chez un malade de 32 ans, opéré pour des phénomènes d'appendicite aiguë. Depuis 1 an et demi le malade se maintient guéri.

ZUSAMMENFASSUNG

Ein Fall von Primärkrebs des Blinddarms

Die Verfasser beschreiben einen Fall von Blinddarmkrebs bei einem Kranken von nur 32 Jahren, der mit Phänomenen akuter Appendicitis operiert wurde. Seit 1½ Jahren ist der Kranke geheilt.

Câteva considerațiuni asupra cazurilor de boli contagioase tratate în serviciul de boli contagioase din Spitalul Public-Sibiu în cursul anului 1941

Conf. Dr. I. Gavrilă
medic primar

de

și

Dr. Cadariu Smaranda
medic secundar

Activitatea desfășurată în cursul anului 1941, în Serviciul de boli contagioase din Spitalul Public-Sibiu, a fost următoarea:

Au fost internați și tratați un număr de 423 bolnavi, cu un număr total de 7146 zile de tratament, în medie pe un bolnav aproximativ 16 zile de internare.

Din acest număr total de cazuri, boli infecto-contagioase propriu zise au fost 397, restul cazurilor fiind diverse alte boli, trimise în serviciu ca suspecte de o boală contagioasă, ceea ce ulterior nu s'a confirmat.

Iată un tablou al tuturor boalelor infecto-contagioase internate, cu procentul de mortalitate pentru fiecare boală în parte:

Boala	Nr. cazurilor	Morți	
		Nr.	%
Febră tifoidă	139	16	11,5
Scarlatină	31	1	3,2
Rugeolă	14	0	0
Erizipel	53	3	5,6
Meningită cerebro-splinală epid.	6	1	16,6
Meningită tuberculoasă	7	7	100
Meningită pneumococică	1	1	—
Tetanos	1	0	0
Difterie	11	1	9
Gripă	42	0	0
Dezinterie	44	3	6,8
Gastro-enterită toxico-infect.	10	1	10,0
Parotidită epidemică	8	0	0
Tusă convulsivă	2	1	—
Pneumonie	1	0	0
Varicelă	2	0	0
Trahom	10	0	0
Malarie	11	0	0
Amigdalite	4	—	—

Să analizăm pe scurt fiecare boală în parte:

Febră tifoidă. Numărul cazurilor de febră tifoidă a fost de 139, cu 16 morți, deci o mortalitate de 11,5%; un procent de mortalitate obișnuit la noi în țară pentru febră tifoidă, care variază între 10—20%.

După luni cazurile se repartizează astfel: intrați în cursul lunii Ianuarie 7, Februarie 4, Martie 7, Aprilie 3, Mai 3, Iunie 11, Iulie 8, August 32, Septembrie 13, Octombrie 21, Noiembrie 17, Decembrie 3.

După localitatea de unde au venit se împart astfel: Sibiu 47 cazuri, Ocna-Sibiului 10, Orlat 10, Turnișor 2, Cîlnădie 5, Galeș 5, Poplaca 3, Sadu 1, Ruja 1, Valea-Sitel 1, Râșinari 1, Săltiște 1, Gușterita 1, Săcel 1, Sân-Nicolau 1, Mohu 1, Rusclor 2, Roșla 1, Spring 1, St-

blel 1, Veștem 1, Bradu 1, Doștat 1, Bungard 1, Șelcama-re 1, Turnu-Roșu 1, Căineni 1, Făgăraș 3, Cugir 2, Turda 2, Târnava-mică 1, Târnava-mare 2, Dumbrăveni 1, Turnu-Severin 1, Bacău 1, Neamț 1, Dolj 1, Ialomița 1.

După sex sunt: 67 femei și 73 bărbați, deci predomină sexul masculin, ceea ce este în contradicție cu toate statisticele de până acum, în care în toate predomină sexul feminin.

După vârstă: între 6—10 ani au fost 7 cazuri, între 11—15 23 cazuri, între 16—20 40 cazuri, între 21—25 41 cazuri, 13 cazuri între 26—30, 5 între 31—40, 6 între 41—50, 4 între 50—60.

Vârsta celor 16 cazuri mortale a fost: 1 de 9 ani, 1 de 11 ani, 2 de 14 ani, 1 de 15 ani, 2 de 16 ani, 1 de 18 ani, 1 de 19 ani, 2 de 20 ani, 1 de 31 ani, 1 de 35 ani, 1 de 47 ani, 1 de 54 ani.

Deci, cazurile mortale se repartizează pe toate vârstele dela 9—54 ani. Este de remarcat în special că dela 9—20 ani sunt 12 cazuri mortale, ceea ce arată că boala poate evolua foarte grav, chiar mortal și în vârsta copilăriei și adolescenței. În consecință, regula care spune că febra tifoidă evoluează mai ușor la copii, este contrazisă prin această statistică.

După *gravitate*, cazurile de febră tifoidă se repartizează astfel: Forme ușoare au fost 45 cazuri, un procent de 32,3%; Forme mijlocii au fost 53, un procent de 38,1% și forme grave 41, un procent de 29,4%.

Complicațiile înregistrate în aceste cazuri au fost următoarele:

În *formele ușoare*: 1 congestie pulmonară, 2 recidive.

În *formele mijlocii*: 2 cazuri flebite ale membrului inferior stâng, 1 caz flebită a membrului superior stâng, 1 caz congestie pulmonară, 1 caz hepatită, colecistită, icter; în 4 cazuri recidivă, într'un caz recrudescență.

În *formele grave*: miocardite în toate cazurile. În 5 cazuri otite supurate, 1 caz mastoidită operată, un caz surditate, 3 cazuri congestie pulmonară, un caz empiem, 7 cazuri hemoragii intestinale (5%); în 4 cazuri sindrom hemoragiar, în 2 cazuri hepatite, în 3 cazuri colecistite, 2 cazuri parotidite supurate, în 2 cazuri escare, 1 caz perisplenită, 1 periosită, 1 caz encefalită.

Tratamentul aplicat în cazurile de febră tifoidă a fost următorul: În 36 cazuri s'a făcut injecții cu piridol + urotropină; în 43 cazuri injecții urotropină +

piramidon; în 9 cazuri inj. neosalvarsan + decholină; în 13 cazuri inj. calciu, clauden; în 6 cazuri Sango-Stop. În 3 cazuri inj. piridiu + criogenină. La restul cazurilor s'a făcut un tratament combinat din piridiu + urotropină + piramidon.

Scarlatina. Au fost 31 cazuri de scarlatină, cu 1 mort, deci o mortalitate de 3,2%; o cifră de mortalitate destul de redusă pentru că la noi în țară mortalitatea medie în scarlatină este de 10%.

După luni cazurile se repartizează astfel: Ianuarie 4, Februarie 2, Martie 5, Aprilie 6, Mai 2, Iulie 1, Septembrie 1, Octombrie 3, Noiembrie 4, Decembrie 3.

După localitate: Sibiu 19, Rusciori 1, Orlat 2, Șura-mare 1, Porumbacu de Sus 1, Apoldul de Sus 4, Avrig 2, Târnava-mare 1.

După sex se împart: 12 bărbați și 19 femei.

După vârstă: între 2—5 ani au fost 7 cazuri, între 6—10 ani 10 cazuri, între 11—15 ani 6 cazuri, între 16—20 ani 5 cazuri, între 25—30 ani 2 cazuri, între 31—40 ani 1 caz.

După gravitate cazurile se repartizează astfel: forme ușoare 22 (70%), forme mijlocii 7 (22%), grave 2 (6,4%).

Complicațiile înregistrate au fost următoarele:

În formele ușoare: 3 cazuri adenită cervicală nesupurată, 1 caz otită supurată dreaptă, 1 caz nefrită ușoară.

În formele mijlocii: 1 caz otită supurată dreaptă, 1 caz adenită axilară supurată, 2 cazuri boala serului.

În formele grave: 1 caz adenită cervicală bilaterală nesupurată, 1 caz otită supurată dreaptă, 2 cazuri boala serului.

În consecință complicațiile se întâlnesc în toate cazurile, indiferent de gravitatea boalei.

Tratamentul aplicat: în cazurile grave și mijlocii, ser antiscarlatinic, sulfamide și restul tratamentului simptomatic; în cazurile ușoare sulfamide și tratament simptomatic.

De remarcat este că în general numărul cazurilor de scarlatină a fost foarte redus în cursul anului și evoluția lor a fost ușoară, în general.

Rugeola. Au fost internate 14 cazuri, toate vindecate.

După luni se repartizează astfel: Ianuarie 5, Februarie 3, Martie 1, Aprilie 3, Iunie 2.

După localitate: Sibiu 11, Gușterița 1, Alba 1, Turda 1.

După sex: 6 bărbați, 8 femei.

După vârstă: între 2—5 ani 2 cazuri, între 6—10 ani 3 cazuri, între 11—25 ani 2, între 16—20 ani 5, între 21—25 ani 2 cazuri.

Erizipel. Au fost internați 53 cazuri, cu 3 cazuri mortale ceea ce denotă o mortalitate de 5,6%.

După luni se repartizează astfel: Ianuarie 5, Februarie 12, Martie 3, Aprilie 2, Mai 8, Iunie 3, Iulie 1, August 4, Septembrie 2, Octombrie 2, Noiembrie 9, Decembrie 1.

După vârstă și sex: bărbați 33, femei 19. Între 10—20 ani 5 cazuri, între 21—30 ani 14 cazuri, între 30—40 ani 5, între 51—50 ani 15 cazuri, între 50—70 ani 14 cazuri.

După localizare: în 23 cazuri a fost localizat la față, în 5 cazuri antebraț, 1 caz umăr, 2 la mână, 5 la nivelul coapsei, fesă 1, la nivelul gambel 7, 9 pe fața dorsală a piciorului.

Vârsta cazurilor mortale: 18, 66, 47.

Tratamentul aplicat a constat din sulfamide în special colorate, pe cale bucală și sub formă de injecții, concomitent.

Meningita cerebro-spinală epidemică. Au fost 6 cazuri cu meningococci, dintre care 1 caz mortal. Deci o mortalitate de 16,6%, procentul acesta ridicat de mortalitate se explică prin numărul redus de cazuri, la care s'a înregistrat totuși și un caz mortal, pe lângă toată terapia aplicată.

După luni: au intrat în Ianuarie 1 caz, Aprilie 1, Mai 2, Septembrie 1, Noiembrie 2.

După localitate: Sibiu 4 cazuri, Porumbacu de Jos 1, Turnu-Roșu 1, Tulcea 1.

După sex și vârstă: 6 bărbați, între 9 și 52 ani.

Tratamentul aplicat în aceste cazuri a constat din terapie asociată: ser antimeningococic polivalent (Dr. I. Cantacuzino), administrat în doze mari și prelungit, pe cale intra-rahidiană și intra-musculară, adăugând la sero-terapie în toate cazurile sulfamide albe: dăgenan, soludăgenan, eubasinum, (tablete și injecții).

Meningita pneumococică. O fetiță de 5 ani, care a sucombat cu tot tratamentul aplicat (sulfamide albe, pe cale bucală și sub formă de injecții).

Meningita tuberculoasă. Au fost internate 7 cazuri dintre care 3 au sucombat în serviciul nostru, iar restul a sucombat acasă.

Tetanus. A fost un singur caz, vindecat cu sero-terapie antitetanică masivă.

Difterie. Au fost internate 11 cazuri, cu 1 caz mortal, 9%.

După luni se repartizează astfel: Ianuarie 3, Februarie 1, Martie 2, Aprilie 1, Mai 2, Iunie 2.

După localitate: Sibiu 9, Ruși 1, Mândra 1.

După sex și vârstă: 6 bărbați și 15 femei, între 4 și 22 ani.

După formele clinice: Ușoare 7 cazuri, mijlocii 2, grave 2 cazuri.

Complicații: s'au înregistrat 3 cazuri de boala serului.

Tratamentul aplicat: ser antidifteric în doze mari, intra-muscular, asociat cu sulfamide.

Gripa. Au fost internate 42 cazuri, care s'au vindecat, evoluând fără nicio complicație.

După luni: Ianuarie 1, Februarie 4, Aprilie 1, Mai 6, Iunie 3, Iulie 4, August 8, Septembrie 6, Octombrie 2, Noiembrie 7.

Vârsta și sexul: 30 bărbați și 12 femei, între 10 și 50 ani.

Dizenteria. Au fost 44 cazuri, cu 3 morți ceea ce dă o mortalitate de 6,8%.

După luni: Iulie 15 cazuri, August 20, Septembrie 6, Octombrie 2, Noiembrie 1.

După localități: Sibiu 25, Turulșor 1, Rășinari 1, Racovița 1, Bolta 2, Săliște 1, Gușterița 1, Rusclori 3, Tâlmacu 2, Arment 1, Făgăraș 1, Avrig 1, Horezu-Vâlcea 1, Argeș 1, Târnava-mare 1, Arad 1.

După sex: 21 bărbați și 23 femei.

După vârstă: Între 5—10 ani 7 cazuri, între 10—20 ani 16 cazuri, între 20—30 ani 11, între 30—40 ani 8, între 40—60 ani 2 cazuri.

După formele clinice: Ușoare 16 cazuri (34%), mijlocii 20 (45%) și grave 8 cazuri (17%).

Complicații: 1 caz recidivă și un caz de purpură.

Tratamentul: În 23 cazuri tratamentul clasic obișnuit cu regim hidric, purgative, etc. În 12 cazuri, tratament cu pudra de mere „Aplona”. În 4 cazuri, tratament cu regim de mere crude. În 3 cazuri seroterapie specifică cu ser antidizenteric.

Gastro-enterita toxi-infecțioasă. Au fost internate 10 cazuri, cu 1 mort, ceea ce dă o mortalitate de 10%.

După vârstă și sex: 30 bărbați și 6 femei, între 13 și 60 ani.

Tratamentul aplicat cel obișnuit în astfel de împrejurări.

Parotidita epidemică. Au fost 8 cazuri toate vindecate.

După luni se repartizează astfel:

Ianuarie 2, Februarie 2, Martie 1, Mai 1, Iunie 2, Octombrie 1.

După vârstă și sex: 4 bărbați și 4 femei, între 4 și 35 ani.

Tuse convulsivă. Au fost 2 cazuri, unul în vârstă de 6 luni a sucombat, prezentând o complicație (Bronchopneumonie).

Vartelă. Au fost internate 2 cazuri din Sibiu (frați), vindecate.

Trahom. 10 cazuri din Orlat (Vatra Copiilor), între 6—16 ani.

Malarie. 11 cazuri, tratate cu chinină, după metoda Nocht.

Pneumonie. 1 caz, vindecat.

În toate cazurile de boli infecțioase mai grave am aplicat vitaminoterapie cu vitamina C, pe o scară foarte întinsă.

RESUMÉ

Quelques considérations sur les cas de maladies infectieuses traitées dans le service de maladies contagieuses de l'hôpital public de Sibiu au cours de l'année 1941

Pendant l'année 1941 on a traité dans ce service 397 malades, parmi lesquels 139 cas de fièvre typhoïde avec 16 morts (11,5%), 31 cas de scarlatine avec 1 mort (3,2%), 14 cas de rougeole, tous guéris, 53 cas d'érysipèle avec 3 morts (5,6%), 6 cas de méningite cérébro-spinale épidémique avec 1 mort (16,6%), tétanos 1 cas, guéri. 11 cas de diphtérie avec 1 mort (9%), 42 cas de grippe simple, tous guéris, 44 cas de dysenterie avec 3 morts (6,8%), 10 cas de gastro-entérite toxique avec 1 mort (10%), 8 cas de parotidite épidémique, tous guéris, etc.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über Fälle von Infektionskrankheiten im Epidemiespital Sibiu-Hermannstadt, im Jahre 1941

Im Laufe des Jahres 1941 sind im Epidemiespital 397 Kranke behandelt worden, darunter 139 Typhuskranken mit 16 Todesfällen (11,5%), 31 Scharlachfälle mit einem Toten (3,2%), 14 Fälle mit Masern, alle geheilt, 53 Fälle mit Erysipel mit 3 Toten (5,6%), 6 Fälle mit epidemischer cerebro-spinaler Hirnhautentzündung mit einem Toten (16,6%), 1 Tetanos geheilt, 11 Fälle mit Diphtherie mit einem Toten (9%), 42 Fälle mit Grippe, sämtliche geheilt, 44 Fälle von Ruhr mit 3 Toten (6,8%), 10 Fälle toxischer Gastro-Enteritis mit einem Toten (10%), etc.

EUPHYLLIN

peste 700 de publicațiuni dovedesc înalta ei valoare terapeutică la

boli cardio - vasculare

Ambalaje: Fiole i. v. Tablete
Fiole i. m. supozitoare



Byk - Guldenwerke Chemische Fabrik A. G. Berlin

Probe și literatură prin:

Loew & Co. S. A. Sibiu

CALCIRON TRENKA

Guajacol - Calciu - Sirop de Malt

Gust foarte plăcut. Îl iau cu plăcere și copiii mici.

Ambalaje originale de 100 și 300 gr.

Ambalajul de 300 gr. costă cât 2 de 100 gr.

EUCARBON TRENKA

Ambalaj original de 40 și 100 Tablete.

— Unul dintre cele mai probate și eficace produse germane —

REPREZENTANT:

Mr. G. HIETSCH, Sibiu - Strada Gh. Coșbuc Nr. 15
Laborator chimico-farmaceutic



Impotriva turburărilor menopauzei

Klimakton «Knoll»

Influențând simultan sistemul glandular și cel nervos, modificările fiziologice ale organismului devin suportabile.

Tuburi cu 20 dragee
Flacoane cu 50 dragee
De 3 ori pe zi câte 1-2 dragee;
se vor înghiți nemestecate.



KNOLL A.-G.
LUDWIGSHAFEN/RIN.

Eșantioane și literatură prin:
»KNOLL« S.A.R.
Produse chimico-farmaceutice
Str. Atena 29, București III.



Contribuțiuni clinico-terapeutice la tratamentul afecțiunilor cutanate datorite frigului

de

Dr. Liviu Modran

Asistent Universitar

Termoregulațiunea pielii scutește corpul de pierderea prea mare de căldură. În stare uscată pielea este un rău conducător de căldură.

Sunt indivizii cu o tară ereditară, sau dobândită, care sunt din punct de vedere constituțional foarte sensibili la frig, nereacționând în mod normal.

În degerături, la început sunt atacate vasele și celelalte alterațiuni sunt numai o urmare a acestora.

Kriege, Hodara și Uona au găsit trombi mici în vase; se pot constata chiar obliterațiuni ale vaselor.

Acțiunea frigului duce la ischemie și mai departe la turburări de nutrițiune și gangrenă.

Predispuși la degerături sunt cei cu un sistem vascular anormal; cei cu o metopragie vasculară periferică; indivizii cu mâinile și picioarele reci, afecțiuni ce se înglobează în tabloul acrocianozei esențiale sau acro-asfixiei lui Crocq (1896), sau sindromul lui Caslier (1902).

Acro-asfixia sau acro-cianoza esențială este o afecțiune sau mai bine zis o înfîrmitate cronică, ce se caracterizează prin următoarele simptome:

a) O stare de cianoză variind de la roșu la violet, în raport cu temperatura ambiantă. Nuanța este uniform închisă la extremități, atenuându-se către rădăcina membrilor.

b) Răceala porțiunilor interesate, fiind o diferență obiectivă de temperatură de câteva grade.

c) Turburări vaso-trofice: transpirațiune, infiltrațiune și edem dur, uneori cheratoză pilară, hipostezie sau parestezie lejeră, datorită turburărilor circulației. Anemia produsă prin digito-presiune, cere un timp îndelungat pentru a se recolora.

d) Sediul este variabil. Mai frecvent sunt atinse mâinile, după aceea picioarele, gambele, brațele, nasul, urechile, uneori sânii. După Darier, și roșeața rece a pomelilor, care e atât de frecventă, poate și ea să fie socotită ca o acro-asfixie.

Simptomele sunt simetrice, permanente, prezentând simple variațiuni de intensitate după temperatură. Sunt nedureroase.

Examenul capilaroscopic arată plexurile venoase subpapilare foarte dilatate, formând o rețea bogată în ramuri sinuoase și cu aspect anevrismatic. Dilatarea este mai pronunțată pe ramura venoasă a capilarelor,

ramura arterială fiind adeseori contractată. Curentul sanguin este adeseori foarte încetinit (Boas, Weiss, Santari). Presiunea capilară este adeseori scăzută. Deci în acrocianoză este o hypotemie a capilarelor.

Examenul complet al aparatului cardio-vascular nu arată decât 2 particularități, care par stigmatice constante ale acrocianozei: dilatațiunea atonică a capilarelor, constatată prin capilaroscopie și hipertensiunea venoasă.

Examenul sistemului neuro-vegetativ arată: absența reacțiunilor vasculare la frig, sau chiar vasodilatație paradoxală; reflex oculo-cardiac adeseori exagerat, indicând o vagotonie pronunțată, răspuns negativ la administrarea de adrenalină, acecholină și histamină.

Acrocianoza aparține deci grupului nevrozelor vaso-motrice, după cum se exprimă May și Layan, este o disimpatoză cu predominanță de hyposympatoză.

De fapt acrocianoza rezultă dintr-o alterațiune locală a capilarelor și venulelor, alterațiune ce se manifestă în mod esențial asupra puterii lor contractile; având ca substrat o veritabilă astolie, atonie capilară venoasă.

Hiperemiile de stază sub tabloul de acrocianoză, se potrivesc cu cele numite de Wollhelm, turburări în circulația capilară, pe care le consideră ca o grupă specială din vazoneuroze. După Wollhelm, există o îngrămădire a sângelui în plexul capilar subpapilar, care are drept efect o micșorare a sângelui din circulație. În niciun caz nu ar fi vorba de o turburare generală a sistemului circulator.

Deci acrocianoza depinde de o slăbiciune congenitală sau a capilarelor, sau a sistemului lor regulator. Datorită acestui fapt se produce o predispoziție la stază în extremități, stază ce se exteriorizează ulterior sub influența factorilor adjuvanți, dintre care cel mai important sunt frigul și perturbațiunile vieții sexuale.

Frigul ar avea o acțiune pur locală. Afecțiunea deci nu rezultă dintr-o sensibilitate generală la frig. Atonia capilară este factorul ce împiedică vasele de a se contracta, cum ar trebui să facă sub reacțiunea frigului. Din contră ele se dilată provocând cianoza.

Acrocianoza este o afecțiune a ambelor sexe, dar este mult mai frecventă la femei (75% din cazuri). Afecțiunea debutează mai ales în perioada pubertății.

Prin ea însăși acrocianoza nu produce inconveniente prea mari, dar crează un teren prielnic pentru alte afecțiuni; degerături, tubercule, etc. și dă tuturor acestora o alură torpidă și rezistentă la tratament.

Pentru o înțelegere mai rațională a nosologiei afecțiunilor cutanate datorite frigului, credem că e bine să reproducem aici următorul tablou schematic al lui L. Kumer (din tratatul lui Arz-Zieler).

Indivizi normali	congelatii acute	pernion cronice
Indivizi cu aparatul termoregulator deranjat acrocianoticii		perniole, erythroclanosis puellarum

La baza pernionelor (degerături cronice), se află pe lângă acțiunea declanșantă a frigului și o turburare în circulațiune (piele asfixică). După Jadassohn pernionele se prezintă mai ales la cei cu acrocianoză, iar după Gottron frecvent la hypotonici dar și la hipertonicii labili.

Simptomele subiective se manifestă seara în cameră: mâncărime intensă, dureri sub formă de înțepături, uneori manifestându-se numai o sensibilitate la presiune.

Din punct de vedere obiectiv, se manifestă la nivelul extremităților, în deosebi mâini, picioare și gambe, sub formă de pete eritematoase, sau noduli moi păstoși, cu centrul livid și marginile roșii. Uneori sunt mari sufuziuni sanguine, alteori bule ce duc la exulcerări (pernio ulcerans). Pernionele ulcerate au o evoluție torpidă și sunt destul de rezistente la tratament.

Perniosis-ul are o mulțime de caractere asemănătoare cu pernionele (după cum de altfel și numele arată), însă se deosebesc prin faptul că de perniosis suferă numai indivizii care au anumite predispozițiuni moștenite sau câștigate, și aceste considerente l-au îndemnat pe Unna să fixeze tabloul acestei afecțiuni într'un capitol aparte.

Trei considerente domină etiopatogenia afecțiunii:

1° În mod evident este vorba de un eritem de stază;

2° Sunt un apăsagiu al copilăriei și al adolescenței frecventă între 5 și 15 ani; mai ales suferă indivizii tineri în anul pubertății, devine mai rară după 20 de ani și este excepțională după 30 de ani. E mai frecventă la femei.

3° Frigul exercită o acțiune provocatoare manifestată puternic, exacerbând turburările vasculare. Frigul umed fiind mult mai periculos decât cel uscat, variațiunile de temperatură fiind foarte vătămătoare, putând declanșa afecțiunea chiar un frig moderat.

Eppinger și Hess găsesc perniosis mai ales la indivizii vagotonici, Bartel la hyoplastici, Stoerk și Horak la limfatici. L. Pautrier recomandă facerea oscilometriei în aceste cazuri.

Toți acești indivizi suferă de o senzație permanentă de frig la nivelul extremităților, niciodată ei nu ajung să aibă mâinile și picioarele calde. Se poate presupune că sub influența frigului ei fac fenomene de vaso-constricție, (spasme vasculare); astfel se explică apariția afecțiunii iarna, sau chiar toamna târziu și dispariția în timpul verii.

La cei care suferă de perniosis s'a găsit și un dermografism exagerat.

Rol de factori favorizanți putem acorda: subnutriției, alcoolismului, nicotinel, chlorozel, anemiei, etc... După aceea anumitor ocupațiuni ce vin mult în contact cu apa: spălătorese, bucătărese, chelneri, măcelari, pescari, etc.

Baza perniozel este o acroasfixie mai mult sau mai puțin exprimată. Mâinile și picioarele arată o colorație lividă și o tumefiere păstoasă, pielea este umedă și rece, la muncitorii manuali se produc fisuri, uneori găsim cyperidroza. Din punct de vedere subiectiv remarcăm o senzație de mâncărime la căldură.

Pe această piele uneori se dezvoltă tabloul pernionelor: noduli cianotici cu centrul scufundat.

Locul de predilecție al afecțiunii este la nivelul falangelor, marginilor mâinilor și picioarelor, nasului și urechilor. Evoluția este eminentă cronică; afecțiunea produce bolnavului suferință nu numai din punct de vedere estetic, dar și profesional.

O afecțiune legată prin puternice conexiuni cu cele descrise mai sus este: Erythroclanosis simetrică supra maleolară a tinerelor fete.

Confundată mult timp cu eritemul indurativ al lui Bazin, erythroclanosis simetrică supramaleolară a fost separată în 1899 de dermatologii englezi Gallovy și Lavill, care au distins un eritem indurat scrofulos (eritemul indurat a lui Bazin propriu zis) și un eritem indurat hipostatic (erythroclanosis).

Afecțiunea poartă o mulțime de denumiri, astfel Erythema pernio, Erythroclanosis crurum puellaris după mendos da Costa, Edemul cianotic al gambelor după Margarot, sau după Klingmüller și Dietrich: Pernio follicularis acuminatus respective planus. Este o afecțiune ce se află exclusiv la femei și după cum numele arată, la fetele tinere, mai ales între vârsta de 15—30 de ani.

În cazurile tipice erythroclanosis se recunoaște ușor după localizarea ei în $\frac{1}{3}$ inferioară a gambelor, simetria leziunilor, culoarea violacee cianotică și răceala de gheață a tegumentelor, tumefacția gambelor, uneori prezența de infiltrate moi de forma pernionelor, neproducându-se însă exulcerații, leziuni folliculare hyper-

keratozice asemănătoare keratozei rubre pilare. Klingmüller și Dittlich susțin de altfel că alterațiunea inițială ar fi la nivelul foliculului pilos, de unde și denumirea dată de ei, afecțiunii. Lividitatea și acrocianoza pot însoți tabloul afecțiunii.

La palparea tegumentelor se percepe o tumefacție difuză păstoasă. Se observă o scădere a temperaturii locale, ce poate să ajungă până la o diferență de 4—5 grade față de porțiunea superioară a membrilor. Totuși bolnavii nu se plâng de frig la nivelul leziunilor însăși, ci la nivelul picioarelor, unde ele simt o senzație de frig permanent în toate anotimpurile. În același timp acuză o senzație de greutate și presiune. Toate aceste fenomene, atât obiective cât și subiective sunt mult mai intense iarna decât vara, seara decât dimineața. Uneori dimineața atât simptomele subiective cât și cele obiective lipsesc complet.

Toate aceste bolnave au un tip constituțional asemănător: secreția sudorală este prounțată la nivelul picioarelor, care sunt clanotice și reci, mai ales iarna. Bolnavele prezintă adesea pernicioane. Tiroida este uneori mărită de volum. Menstruația este neregulată și puțină. Aspectul lor limfatice și clorotice e bătător la ochi.

Faptul că eritrocianoza se observă exclusiv la femei, mai ales la fete tinere în epoca pubertății, în același timp cu apariția primei menstruații, și că de obicei la aceste fete menstruația este rară, puțină și dureroasă, că eritrocianoza poate să dispară cu ocazia căsătoriei, gravidității și a menopauzei, toate acestea pledează pentru prezența unei disfuncții ovariene.

Alți autori atribuesc un rol preponderant turburării circulatorii, fie că e vorba de o stază locală permanentă a capilarelor-sangvine (Parkes, Weber, Sellet și Liebner), fie că este vorba de o insuficiență venoasă progresivă (Delater și Hugel). Alexander o socotește ca o turburare în dezvoltare, ca o melopragie congenitală a sistemului vascular.

Frigul joacă un rol indiscutabil în producerea acestui edem de stază, care este eritrocianoza. Afecțiunea este mai frecventă în țările friguroase. A fost studiată în special de autorii nordici: englezi, danezi, germani. Contribue la producerea lor și obiceiul femeilor de a purta haine subțiri. Nu atât frigul cât oscilațiile temperaturii sunt cele care reclamă modificări în vascularizația pielii, care fiind slăbită nu poate satisface aceste cerințe. Klingmüller, Dittlich și Perutz văd în eritrocianoză o alterațiune datorită frigului, asociată cu o disfuncțiune ovariană.

În legătură cu acest tablou putem aminti afecțiunea descrisă de Hochsinger sub numele de Induratio congelativa submantalis, ce se prezintă la femei cu bărbie dublă și la copii dela 4—10 ani. Pielea în regiunea mentonieră este palidă roza și rece.

Tot între afecțiunile datorite frigului trebuie să menționăm și urticaria a frigore. Tabloul acestei urticarii este unul din cele mai vechi cunoscute. Afecțiunea a fost descrisă pentru prima dată de Beyet, după aceea de Blachez, mai recent de N. gel, Netter, Widal, Gougerot, Ravaut, P. Vallery-Radot, Wagner și Podesta. Urticaria datorită frigului se poate manifesta din copilărie, sau mai adesea la vârsta adultă.

Sunt unii oameni care reacționează cu erupții urticariene, când se spală cu apă rece, la locul de contact sau peste tot corpul. La alții se manifestă după expunerea la frig pe părțile acoperite, făcând erupții urticariene iarna, sau când bate vântul rece, pe regiunile expuse. Aceste erupții se pot manifesta și pe mucoase. Uneori se pot produce și reacțiuni generale sub formă de colaps, depășind mult tabloul cazurilor obișnuite. După unele observații ale lui P. Vallery-Radot urticaria nu se manifestă decât atunci când frigul se asociază cu vântul și umiditatea.

Durata erupțiilor variază dela câteva minute la 2 zile. Urticaria prin refrigerațiune locală se observă după o baie rece. Alteori, când se desbracă individul se produce urticaria însoțită de prurit, care dispare la căldura patului. Mecanismul de producere al urticariei a frigore e obscur. Unii incriminează o substanță toxică, dezvoltată în piele sub influența frigului, alții excitațiuni vaso-motrice sau simpatice, alții o veritabilă autocolidoclație a frigore, alăturând urticaria de hemoglobiniurie paroxistică, în cursul căreia de altfel ea se poate observa.

Pasteur Vallery Radot este de părere că frigul provoacă urticaria la unii bolnavi prin turburări vaso-motorii, la alții observându-se o criză vasculo-sanguină paralelă, dar cu toate acestea factorul determinant al urticariei n'ar rezida aci. Prin pozitivitatea probei de transmitere a lui Prausnitz-Köster s'a dovedit incontestabil că este o reacțiune a pielii de natură alergică.

Tratamentul acestor afecțiuni este complex și variat. Având o etio-patogenie asemănătoare și tratamentul va fi aproape același cu mici variante. Vom face de aceea un tablou schematic al acestei terapii, înglobându-le pe toate acestor afecțiuni. Scopul principal al tratamentului este combaterea paralizei vasculare.

Ca profilaxie se recomandă îmbrăcăminte și încălzăminte adecuată pentru a fi feriți de acțiunea nocivă a frigului, de asemenea îmbrăcăminte să nu jeneze circulațiunea. Să fie evitată schimbarea bruscă de temperatură, ca trecerea rapidă dela cald la frig și viceversa. Se recomandă de asemenea exerciții fizice, aerisirea, soarele. Metoda blokinetică a lui Jacquet, practică cu atenție dă rezultate excelente. Activează circulațiunea, desumflă țesuturile, le încălzește treptat. Dimineața și seara bolnavul face masaj cu degetele

dela periferie spre rădăcina membrului, masajul la început e ușor, după aceea tot mai tare și mai prelungit cu o alifie cu camfor, balsam peruvian, stearat de magnezlu, etc. Metoda lui Bier este recomandată de unii, dar nu poate fi aplicată timp îndelungat.

Pentru a aduce vasele la o funcțiune normală sunt bune băile alternative: 2—3 minute într'un vas cu apă caldă (30—36°) și imediat $\frac{1}{2}$ —1 minută în apă rece; aceasta fiind un fel de gimnastică vasculară. Se poate încerca de a se obișnui bolnavul cu frigul, o adevărată metodă de desensibilizare anafilactică la frig, după aum au făcut Pasteur Vallery Radot și Blamoultier într'un caz de urticarie a frigore. În caz de pernion se recomandă băi calde cu scoarță de stejar, alaun, tanin, pensulări cu ichtyol, iar peste noapte emplastru. Tratamentul general va fi instituit numai după un studiu general al bolnavului; se va face opoterapie endocrină, tiroidiană, suprarenală, hipofizară, ovariană după caz.

Terapia endocrină fiind mai ales indicată în caz de eritrocianoză supramaleolară simetrică; tot în aceste cazuri unii autori administrează injecțiuni cu terpenină. Terenul limfatic sau scrofulos va fi modificat prin administrare de untură de pește, de sirop iodotanic, de săruri de calciu, de sirop de iodură de fer, de preparate arsenicale, de vitamine, iar Unna recomandă intern ichtyol.

Ca tratament fizioterapie Holzkecht, autorii americani și japonezi recomandă iradiațiunile cu raze Röntgen; cu acest tratament se ameliorează mai ales simptomele subiective: mâncărimea, arsurile și durerile. Iradiațiunile cu raze ultraviolete și diatermie, aplicate după aceleași principii au un efect trecător și redus. În timpul din urmă este preferată electroterapia sub formă de băi galvanice sau faradice la mâini și picioare. Dar nici aceasta n'a corespuns speranțelor. Toate aceste metode de tratament e bine să se aplice de cu toamnă, pentru a preîntâmpina fenomenele morbide declanșate de frig.

Cu toată această multilateralitate a metodelor de tratament enumerate mai sus, totuși putem spune că rezultatele terapeutice sunt destul de inconstante și nesigure.

Punându-se la dispoziție de către Firma Luitpold-Werk din München, preparatul Dermotherma, cu un renume de altfel destul de vechi și apreciat în literatura medicală, mai ales cea germană, l-am aplicat pe o scară întinsă în toate aceste afecțiuni de mai bine de 4 ani, cu rezultate din cele mai frumoase ce se pot obține în acest domeniu.

Din numeroase cazuri tratate cu Dermotherma, în lucrarea de față vom reda din fiecare afecțiune 2—3 observațiuni mai edificatoare pentru acțiunea terapeu-

tică a acestui preparat, pentru ca cititorii să poată judeca în mod obiectiv efectul lui curativ.

Dermotherma este o alifie ale cărei componente principale sunt: acidul formic, acidul lactic, thymolul, mentholul, camforul, aldehida formică, unite într'o masă omogenă. Alifia este bine tolerată de bolnavi chiar la un tratament mai îndelungat, fiind complet neiritantă. Trebuie dela început să remarcăm că acest preparat nu e o alifie miraculoasă făcătoare de minuni și că pentru obținerea rezultatului terapeutic urmărit e nevoie de un tratament îndelungat și consecvent; numai astfel vom obține rezultate însemnate și durabile.

Pentru a acționa bine, trebuie să fricționăm energic regiunile interesate cu această alifie. Un avantaj ce trebuie remarcat este faptul că preparatul n'are miros neplăcut și nici nu murdărește albiturile, așa că poate fi întrebuințat fără a împiedeca exercitarea profesiei bolnavului cărui se aplică tratamentul cu Dermotherma.

După Schüz în tratamentul afecțiunilor cutanate datorite frigului trebuie să ne conducem după 3 principii de bază:

1. Scopul principal al tratamentului nostru fiind combaterea stării de contracțiune angiospastică a capilarelor la „locus affectus”, va trebui să ușurăm pătrunderea substanțelor vaso-dilatatoare și regulatrice a circulației în derm (unde se află și vasele plele), ori acest lucru nu se poate realiza decât prin adaosul de substanțe keratolitice.

2. Înlăturarea durerilor și senzației de frig. După cât se știe atât senzația de frig cât și durerea se transmit pe aceleași căi nervoase. Deci înlăturând senzația de frig, înlăturăm și durerea provocată de frig.

3. Al treilea principiu terapeutic este necesitatea unei acțiuni desinfectante, căci adeseori cum este cazul în pernion avem de tratat răni deschise, care lasă drum liber pătrunderii microbilor în țesuturi.

Dermotherma corespunde cu prisosință celor 3 principii farmaco-terapeutice mai sus formulate:

1. Datorită prezenței acidului formic, se exercită o acțiune keratolitică asupra plelel, producându-se înmuierea și o stare de spongioză a ei.

Prin aceasta se ușurează acțiunea substanțelor vaso-dilatatoare și o mai bună circulație a sângelui în plele și consecutiv o încălzire a tegumentelor.

2. Componentii de camfor din preparat au un efect analgezic, suprimând senzația de frig și consecutiv și durerea. La efectul analgetic al acestora se adaugă și acel al thymolului, care din punct de vedere farmaco-dinamic se înrudește cu fenolul, atât ca acțiune analgetică asupra firsoarelor nervoase libere, cât și ca acțiune puternic desinfectantă.

3. Proprietățile desinfectante ale preparatului rezidă în mod esențial în thymol, după cum am amintit

de altfel mai sus. Dar și în această direcție acțiunea prin Dermotherma este completată de alt preparat și anume aldehida formică). Dar acest component (aldehida formică) are și alt rol, prin acțiunea lui coagulantă asupra albuminelor, are proprietatea de a mărgini pătrunderea în profunzime a medicamentului și prin aceasta să protejeze țesuturile.

Toate aceste acțiuni ale preparatului și specificitatea lui în combaterea afecțiunilor cutanate datorite frigului, au fost confirmate în literatură prin numeroase observații clinice. Drept o regulă sine qua non, trebuie să știm că întotdeauna aplicarea de Dermotherma trebuie însoțită de un masaj al pielei.

În rândurile ce urmează vom face o expunere schematică a cazurilor mai demonstrative referitor la acțiunea terapeutică a Dermothermei, păstrând în expunerea lor aceeași ordine ca și în descripțiunea nosografică a afecțiunilor, făcută la începutul acestei lucrări.

Cazul I. A. B. femeie în vârstă de 23 ani, necăsătorită, funcționară, se prezintă la vizita medicală în ziua de 15 Ianuarie 1940; pacienta acuză o senzație permanentă de frig la nivelul picioarelor și mâinilor, ce se exacerbează când umblă mult timp în aerul rece de iarnă; de asemenea extremitățile prezintă după expunerea la frig o culoare violacee mult mai exprimată, însoțită de o ușoară tumefiere a lor. Bolnava acuză și o oligomenoree. La examenul obiectiv punem diagnosticul de acrocianoză.

Înstituiam un tratament parenteral cu injecții de folliculină, iar extern îl recomandăm aplicarea pe regiunile interesate a pomadel Dermotherma sub forma unui masaj regulat de 2 ori pe zi, dimineața și seara. După 10 zile bolnava semnalează o ameliorare exprimată atât din punct de vedere al simptomelor obiective cât și subiective. După 3 săptămâni de aplicare cu Dermotherma, bolnava se simte bine, dispărând orice fel de simptome supărătoare. Se recomandă după o pauză de 3 săptămâni, aplicarea acestui tratament, din nou timp de 10 zile.

Cazul II. M. I. în vârstă de 17 ani, croitoreasă, necăsătorită, se prezintă la vizita medicală în ziua de 3 Decembrie 1939, acuzând o senzație de frig, însoțită de dureri la nivelul porțiunilor distale ale extremităților superioare și inferioare, nasului și urechilor, totodată semnalează o senzație de umezeală din cauza hipersecreției sudorale de la nivelul palmelor și tălpiilor. Toate aceste regiuni prezintă o culoare violacee închisă și o tumefacție ușoară. Aceste simptome devin mult mai pronunțate după expunere timp îndelungat la frig.

Menstruația e neregulată și puțină. Bolnava prezintă o stare de chloroză pronunțată.

Este prin urmare vorba de o acrocianoză esențială. Ca tratament general recomandăm folliculinoterapie, iar local masaj de 2 ori pe zi cu preparatul Dermo-

therma. Totdeauna la vreo $\frac{1}{2}$ oră după aplicarea altfel, bolnava are o senzație de căldură locală binefăcătoare. După 2 săptămâni de tratament starea afecțiunii mult ameliorată. După o lună de tratament atât din punct de vedere obiectiv, cât și subiectiv, bolnava este bine.

Cazul III. E. K. femeie în vârstă de 20 ani, căsătorită, casnică, se prezintă la consultațiunile clinice la data de 20 Ianuarie 1940, spunând că de 3 ani suferă iarna de niște leziuni la nivelul gambelor, care într-o fază mai avansată se ulcerează, fiind însoțite de dureri intense.

La examenul obiectiv al tegumentelor se constată că în porțiunea infero internă și posterioară a gambelor, bolnava prezintă niște leziuni tipice pentru pernion, ce se află în diverse faze evolutive.

Se institue un tratament desinfectant cu băi calde de soluție de permanganat de potasiu, după care se face un masaj al regiunii din jur cu Dermotherma, iar peste pernionele ulcerate se aplică un pansament tot cu alifie Dermotherma. După 10 zile de tratament leziunile ulcerate se cicatrizează; după 3 săptămâni de la aplicarea alifiei, leziunile au dispărut complet, rămânând doar o ușoară pigmentație brună-violacee.

Cazul IV. I. P. bărbat în vârstă de 25 ani, muncitor la C. F. R. Se prezintă la consultațiune la data de 26 Ianuarie 1940, pentru niște leziuni ulcerate la nivelul gambelor. La antecedente bolnavul spune că prezintă această afecțiune de 5 ani de zile, cu o apariție strict în sezonul de iarnă, dispărând primăvara. La examenul obiectiv se pune diagnosticul de pernion ulcerate ale gambelor.

Se institue un tratament prin băi bicotidlene cu soluție de permanganat de potasiu și pansamente ale leziunilor ulcerate cu pomada Dermotherma, iar în jur un masaj energetic cu această alifie. După 2 săptămâni se produce cicatrizarea ulcerărilor, iar după 1 lună de tratament pernionele complet dispărute.

Cazul V. D. H. 21 ani, necăsătorită, studentă în litere, se prezintă la consultații în ziua de 10 Ianuarie 1941, pentru niște leziuni simetrice în $\frac{1}{3}$ infero-internă a gambelor, care se prezintă cu un caracter sezonier de 6 ani, apărând regulat toamna târziu prin luna Noembrie și dispărând primăvara pe la jumătatea lunii Martie. Local acuză o senzație de tensiune și durere, ce se exacerbează la frig și la statul mult în picioare.

Punem diagnosticul după tabloul tipic al leziunilor de pernion ulcerate ale gambelor. Recomandăm un tratament local cu băi de permanganat de potasiu și pansament cu Dermotherma pe leziunile ulcerate, iar în rest masajul tegumentelor afectate, cu acest preparat.

După 2 săptămâni de la instituirea tratamentului, ulcerățiunile se cicatrizează complet, iar după o lună toate leziunile sunt complet regresate.

Cazul VI. J. K. 17 ani, elevă, vine la consultațiile clinice în ziua de 17 Ianuarie 1940, pentru o afecțiune ce interesează mâinile pe fața lor dorsală, picioarele propriu zise și gambelor. Afecțiunea datează de 3 ani, cu un caracter intermitent hibernar. La examenul obiectiv se constată că tegumentele la acest nivel sunt de culoare violacee închisă, sunt reci ca de gheață, umede, tumefiate și la nivelul picilor de flexiune ale falangelor, prezentând niște fisuri foarte sensibile la atingere și mișcare.

Din acest tablou clinic se pune diagnosticul de perniosis. Se aplică un tratament local prin masaj de 2 ori pe zi, dimineața și seara, cu Dermotherma. După o săptămână de tratament starea bolnavului ameliorată, după 3 săptămâni de tratament atât din punct de vedere obiectiv cât și subiectiv se constată o dispariție a fenomenelor patologice.

Cazul VII. M. D. în vârstă de 19 ani, necăsătorită, funcționară, se prezintă la consultații în ziua de 11 Ianuarie 1941, pentru o afecțiune ce interesează mâinile și picioarele. Debutul afecțiunii înainte cu 5 ani, apare toamna târziu pentru a dispărea primăvara.

Tegumentele la nivelul regiunilor interesate sunt de culoare roșie violacee, tumefiate, păstoase, reci, iar din cauza hiperhidrozei, dau o senzație umedă ca pielea de broască. Din punct de vedere subiectiv bolnava semnalează o senzație de durere ce se exacerbează la frig.

Punem diagnosticul de perniosis. Indicăm tratamentul local cu Dermotherma de 2 ori pe zi sub formă de masaj. După 2 săptămâni de la instituirea lui, starea tegumentelor mult ameliorată, după 1 lună de tratament alterațiunile patologice complet regresate.

Cazul VIII. M. J. 20 de ani, studentă în litere, vine la consultație în ziua de 3 Februarie 1940, pentru o afecțiune pe care o prezintă la nivelul gambelor de 5 ani. De la debutul ei, afecțiunea se menține cu mici variațiuni periodice în ce privește intensitatea fenomenelor morbide ce o caracterizează.

La examenul obiectiv constatăm, că în mod simetric tegumentele din $\frac{1}{3}$ inferioară a gambelor pe toată circumferința lor sunt de culoare roșie violacee, cianotică, sunt tumefiate, având un aspect păstos, la atingere sunt reci ca gheața, în afară de aceasta se observă o hiperkeratoză foliculară. Bolnava semnalează o senzație de frig la nivelul picioarelor (nu a gambelor). Toate aceste simptome, după cum spune însăși bolnava, sunt mai intense iarna decât vara, și seara decât dimineața. Menstruația este puțină, rară, și neregulată. Bazată pe simptomele subiective și obiective, punem diagnosticul de erythrociyanosis supramaleolară simetrică, sau Erythrociyanosis crurum puellarum.

Instituiem un tratament hormonal cu injecții de folliculină, local iradiăm cu raze ultra-violete, tot a 2-a

zi și masaj de 2 ori pe zi, dimineața și seara, cu alifie Dermotherma. După o săptămână de tratament leziunile ameliorate, după 3 săptămâni atât din punct de vedere obiectiv și subiectiv, afecțiunea aproape complet regresată.

Cazul IX. M. P. 18 ani, elevă, vine la consultații la 5 Decembrie 1940, pentru o afecțiune cutanată ce o prezintă de 3 ani, cu exacerbațiuni hibernale. La examenul obiectiv observăm pe ambele gambe în mod simetric în $\frac{1}{3}$ inferioară, o afecțiune cutanată ce se caracterizează printr-o culoare violacee, o tumefiere păstoasă, și o hiperkeratoză foliculară. Tegumentele sunt reci ca gheața. Turburările dismenoreice; cloroză.

Punem diagnosticul de erythrociyanosis crurum puellarum. Recomandăm ca tratament general: strop iodo-tannic, injecții cu folliculină; iar local masaj de 2 ori pe zi cu Dermotherma. După 10 zile leziunile mult ameliorate, după 30 de zile afecțiunea complet regresată.

Cazul X. N. J. 23 ani, student, se prezintă la consultații la 15 Februarie 1940, pentru niște erupțiuni pruriginoase pe mâini și față, ce apar când se spală cu apă rece, sau când iese la frig. Punem diagnosticul de urticaria a frigore.

Facem un tratament desensibilizant cu auto-hemoterapie și calciu clorurat l. v. alternativ, iar local recomandăm imediat după ce se spală cu apă rece, sau înainte de a ieși la frig, frecțiuni pe locurile expuse, cu Dermotherma. După 2 săptămâni de tratament în modul mai sus expus, erupția urticariană nu mai apare.

Cazul XI. R. N. 18 ani, necăsătorită, funcționară, se prezintă la consultațiile clinice la 5 Iunie 1940, pentru o erupțiune ce apare oricând se spală cu apă rece, sau bate un vânt rece. Punem diagnosticul de urticaria a frigore.

Ca tratament desensibilizant general recomandăm injecții cu autosânge l. m. și calciu clorurat l. v., iar local masaj cu Dermotherma. După 3 săptămâni de la instituirea tratamentului, erupțiunea urticariană provocată de frig, nu se mai producea.

Afară de afecțiunile mai sus descrise, unde Dermotherma a fost aplicată de noi pe o scară foarte întinsă, cu rezultate terapeutice fără echivalent în acest domeniu, am mai aplicat preparatul și în alte afecțiuni, unde la bază se află o turburare în circulațiunea vasculară a tegumentelor.

Astfel în asfixia locală și gangrena simetrică a extremităților, sau boala lui Raynaud, după cum l se spune cu drept cuvânt, după numele celui care a izolat-o din haosul gangrenelor periferice, precizându-se bine caracterele clinice, evoluția și originea neurotică; considerată actualmente ca o turburare vaso-motorică, caracterizată în mod clasic prin sincopă și asfixie locală,

interesând extremitățile aproape întotdeauna în mod simetric, evoluând sub forma de paroxisme intermitente și complicate în unele cazuri cu turburări gangrenoase și trofice.

Din cele trei cazuri tratate vom expune unul singur, pentru a ilustra acțiunea pomadei Dermotherma și în acest domeniu, care și actualmente constituie încă un nod gordian al terapiei.

Cazul XII. A. M. 46 ani, inginer, se prezintă la consultațiunile clinice în ziua de 23 Martie 1940, pentru o afecțiune pe care o are de 3 ani la degetele dela ambele picioare.

La examenul obiectiv constatăm că degetele dela ambele picioare prezintă, în mod simetric, o culoare violacee cianotică, cu o nuanță negricioasă, tegumentele sunt reci și tumefiate. La 2 degete de partea stângă și la unul de partea dreaptă se observă niște ulcerări acoperite de niște cruste sangvinolente. Subiectiv acuză niște dureri intense, ce se exacerbează la frig și oboseală.

Se pune diagnosticul de boala lui Raynaud. Ca tratament pe lângă injecțiunile de acetylcholină și histamină, preconizate de Villaret și Justin Besançon și Röntgentherapie, se aplică local Dermotherma pe ulcerări, iar în jur se face un masaj puternic de 2 ori pe zi cu aceeași alifie. După 3 săptămâni de tratament o ameliorare foarte pronunțată a simptomelor, după 6 săptămâni de tratament leziunile complet regresate, iar bolnavul poate să-și vadă de ocupațiunile profesionale.

Afară de afecțiunile mai sus semnalate (acroclanoză, perniosis, eritrocianoză supramaleolară simetrică a tinerelor fețe, urticaria a frigore și boala lui Reynaud), am mai aplicat tratamentul cu Dermotherma în sclerodermii, acrodermatită cronică atrofiantă Pick-Herxheimer, rozacee eritem durativ Baslin, complexe varicoase și intercostale, obținând rezultate îmbucurătoare în multe cazuri.

Din expunerea tuturor acestor cazuri vedem că datorită proprietăților ei vaso-dilatatoare și stimulante a circulațiunii intracutane, indicațiunea primordială și esențială a aplicării pomadei Dermotherma, este combaterea stărilor angiospastice, (sau neurozelor vasomotorii ale extremităților, după cum le-a numit Nothnagel, sau akroparesteziilor după Schultze), care expun tegumentul făcându-l vulnerabil mai ales la acțiunea nocivă a frigului. De altfel însuși numele de Dermotherma ne arată scopul pentru care a fost fabricat preparatul și acțiunea specifică a lui.

Este explicabil faptul că unde există o stare angioneurotică cu înclinațiuni spre spasme ale capilarelor pielii, acțiunea dăunătoare a frigului să se exercite mai ales asupra porțiunilor descoperite: mâini, picioare, nas și urechi, și de aci prezența în aceste regiuni ale corpului ale întregii game de leziuni datorite combinațiunii

celor 2 factori — acrocianoză + frig (perniosis, perniosis), la care se mai adaugă un al 3-lea: turburări endocrine (erythroclanoză supramaleolară simetrică).

De aci putem trage indicațiuni că în toate cazurile de turburări angiospastice, este indicat un tratament preventiv cu Dermotherma, pentru a înlătura predispozițiile spre degerături.

Din observațiunile clinice expuse în prezenta lucrare, putem trage următoarele directive terapeutice:

Aplicarea pomadei Dermotherma trebuie însoțită de un masaj puternic. Deja la $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ de oră după aplicare, bolnavul are o senzație plăcută de căldură, datorită hiperemiei provocate la acel nivel, prin acțiunea substantelor vasodilatatoare din compoziția medicamentului. Simptomele subiective dispar deja dela primele aplicări, datorită acțiunii camforului, mentolului și thimolului.

După 1—2 săptămâni de tratament regulat, se remarcă chiar în cazurile mai rebele o ameliorare a afecțiunii și o circulațiune intracutană mai activă. După 3—4 săptămâni simptomele atât obiective cât și subiective sunt complet regresate. În cazurile unde regresunea n'a fost completă, după o pauză de 1—2 săptămâni recomandăm o nouă cură de 3—4 săptămâni.

Pe lângă tratamentul cu Dermotherma, după natura afecțiunii am asociat uneori acest tratament cu un tratament fizioterapic (mai ales raze ultraviolete) și un tratament general endocrinian, chimioterapic sau desensibilizant.

Având în vedere rolul declanșator al frigului în toate aceste afecțiuni și bazați pe acțiunea stimulantă vaso-dilatatoare a preparatului, pentru a preîntâmpina recidivele în toate aceste cazuri, recomandăm bolnavilor ca în fiecare an pe la sfârșitul lunii Octombrie, sau începutul lui Noiembrie, să facă o cură preventivă (profilactică) de 3—4 săptămâni cu Dermotherma.

Bazați tot pe acțiunea stimulantă a circulațiunii intracutane și deci implicit de prevenitor al degerăturilor, Dermotherma poate fi întrebunțată în scop profilactic de către toți cei care au de umblat mult prin frig: turiști, skiori, etc... pentru a-și proteja mai ales nasul și pavilioanele urechilor de acțiunea frigului prea intens.

Afară de aceasta preparatul Casei chimico-farmaceutice „Luitpold-Werk” din München, n'are nicio acțiune nocivă asupra pielii, nu produce fenomene de intoleranță, nici iritațiuni (dermatite, eczeme). Nu are miros neplăcut și nici nu murdărește rufele; deci nu prezintă nicio contraindicațiune, fiind absolut inofensiv.

Din toate cele expuse mai sus putem trage concluzia, bazați pe observațiunile noastre personale, dintre care numai o parte au fost descrise în prezenta lucrare, că Dermotherma reprezintă o bogată achiziție în arsenalul terapeutic al medicului în combaterea tuturor afec-

(unilor, unde frigul joacă un rol important ca factor declanșator în patologia cutanată, asociat fiind de cele mai multe ori cu o stare vaso-neurotică angiospastică a capilarelor pielei care constituie am putea spune factorul predispozant.

Prin acțiunea sa rapidă și prin ușoara posibilitate de aplicare, Dermotherma constituie un medicament prețios, atât din punct de vedere terapeutic, cât și profilactic în combaterea tuturor afecțiunilor cutanate datorite frigului.

Bibliografie

- Alexander*: Zur Klinik und Pathogenese der Erythrocyanosis crurum puellarum. Derm. Woch. 1927 Bd. 84, S. 601.
- Dr. Baumwell Maximilian-Alland*: Schmerzsymptome und ihre behandlung bei der perifokalen Entzündung der Lungen-tuberkulose. Die Tuberkulose Nr. 12—1927.
- Beck*: Über atypische Frosts Schäden. Derm. Woch. 1929 Bd. 89, S. 1119.
- Bernstein F.*: Zum allergischen Charakter der Kälteurtikaria. Derm. Zeitschr. 1932 Bd. 64.
- Dr. Culp Lilli — Potsdam*: Erfahrungen mit Dermotherma, Therapie der Gegenwart Nr. 10—1917.
- Dittrich*: Über Frosts Schäden. Arch. f. Derm. und Syph. 1929. Bd. 157, S. 1.
- Dr. Dregiewicz — Lemberg*: Behandlung von organischer und funktioneller Hutfälte der Extremitäten mit Dermotherma. Reichs-Medizinal-Anzeiger, Nr. 24—1914.
- Dreyer*: Kriegschirurgische Ergebniss aus dem Balkankrieg 1912—13 D. Med. Woch. 1914. Bd. 40. S. 701.
- Czillag*: Beiträge zur Klinik der Erfrierung. W. Klin. Woch. 1914. Bd. 27. S. 1375.
- Ch. Flandin, G. Poumeau Delille și P. Soulié*: Urticaire. Les urticaires par agents physiques. (J. Darier, R. Sabouraud, Gougerot, Milian, Pautrier, Ravaut Sezary, Clément Simon: Nouvelle Pratique Dermatologique, vol. V, pag. 22).
- Fuhs*: Zur Behandlung der Erfrierungen mit X Strahlen. Derm. Woch. 1923. Bd. 76. S. 293.
- Dr. Rudolf Gaschke — Wien*: Erfahrungen und Erfolge mit Dermotherma. Wiener Medizinische Wochenschrift Nr. 52—1929.
- Grosman*: Die Behandlung der Erfrierungen und der Kälteschäden. Münch. Med. Woch. 1933. Bd. 80. S. 15.
- Dr. Heumann L.*: Zur Frage des Brustschmerzes und seiner Behandlung bei Lungentuberkulose. Die Tuberkulose. Nr. 29—1928.
- Hochsinger*: Induratio congelativa submentalis. Klin. Woch. 1931. Bd. 9. S. 1024.
- Karuwowski*: Zur Frage der Erythrocyanosis crurum puellarum. Derm. Woch. 1927, Bd. 85. S. 1161.
- Klingmüller*: Pernionen an den Unterschenkeln. Arch. f. Derm. und Syph. 1921, Bd. 135, S. 256.
- Klingmüller u. Dittrich*: Über Frosts Schäden. Derm. Zschr. 1927. Bd. 49. S. 205.
- Kumer L.*: (Dandbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten von Arz-Zieler. Bd. II, 1935. S. 203.).
- Kyrle*: Durch Kältewirkung hervorgerufene Veränderungen der Haut. (Oppenheim-Rille-Ullman: Die Schädigung der Haut durch Beruf und gewerbliche Arbeit Bd. I. Leipzig 1922).
- Dr. Isbary Walter-Templin*: Beitrag zur Verwertung von Dermotherma. Medizinische Klinik. Nr. 14—1914.
- Loos H. O.*: Perniosis. Medizinische Klinik. Nr. 3—1941. S. 54.
- Marquardt F.*: Untersuchungen bei Kälteurtikarie und bei Urticaria factitia. Derm. Wochschrft. Bd. 96.

Melchior: Über Erfrierungen im Kriege und ihre Behandlung. Berl. Klin. Woch. 1914, Bd. 51. S. 1858.

J. Nicolas et P. Clara: Acrocyanose essentielle, acro-asphyxie, de Crocq et Syndrome de Cassirer (Nouvelle Pratique Dermatologique. Vol. V., pag. 344).

J. Nicolas et J. Rousset: Erytromélagie (Nouvelle Pratique Dermatologique, vol. V., pag. 354).

J. Nicolas et P. P. Ravault: Asphyxie locale et gangrène symétrique des extrémités, (Maladie de Raynaud) Nouvelle Pratique Dermatologique, vol. V, pag. 361.

J. Nicolas et Ch. Pétouraud: Erythro-cyanose symétrique susmalléolaire des jeunes filles (Nouvelle Pratique Dermatologique. vol. V, pag. 389).

Nielsen: Kepillarmikroskopische Befunde bei Erythrocyanosis crurum. Münch. med. Woch. 1929. Bd. 76 S. 198.

L. M. Pautrier: Engelures. (Nouvelle Pratique Dermatologique, vol. III, pag. 836.

Perutz: Über Erfrierungen. Arch. f. Derm. u. Syph. 1916. Bd. 123. S. 715.

Perutz: Zur Lichtbehandlung der Erythrocyanosis crurum puellarum. Strahlenther. 1928. Bd. 29. S. 709

Dr. Prochnik Igner — Wien: Über Dermotherma in der Therapie von Zirkulationsanomalien der Haut Wiener Medizinische Wochenschrift Nr. 7—1929.

Riehl G u. Risack E.: Zur Pathogenese der Kälteurtikaria und zusammenhänge mit der paroxysmalen Hämoglobinurie. Zeitschr. f. Klin. Med. Bd. 124. H. 1. u. 2.

Sellei u. Liebner: Beiträge zur Erythrocyanosis extremitatis chronica. Arch. f. Derm. u. Syph. 1928. Bd. 156. S. 277.

Dr. Schattauer F. — Charlottenburg: Über Dermotherma (Formaldehydkamfersalbe). Therapie der Gegenwart. Nr. 3—1914.

Dr. Schuz — Gustrow i. M.: Dermotherma zur Beseitigung von Hautkälte. Fortschritte der Therapie Nr. 3—1929.

Dr. Sglimbea Gheorghe: Contribuțiuni la tratamentul pruritului vulvar. România Medicală Nr. 2—1942. pag. 21.

Stein: Frosts Schäden der Haut. Wr. Klin. Woch. 1928. Bd. 41. S. 1714.

Török: Urticaria. (Jodassohns Handb. f. Haut u. Geschlechtskrankh. 1928. Vol. VI/2.

Unna: Zur Diagnose der Frostbeulen. Mh. f. prakt. Derm. 1900. Bd. 30. S. 70.

Geh. Sanitätsrat Dr. Vogel M. — Jena: Über Behandlung der Gichtphlebitis mit Dermotherma. Therapie der Gegenwart, Nr. 3—1917.

Zuckerhandl: Zur Behandlung der Erfrierungen in Felde. Wr. Klin. Woch. 1916. B. 29 S. 3.

Zumbusch: Über Erfrierung. Münch. Med. Woch. 1926 Bd. 73. S. 1584.

CLINICA DERMATO-VENERICĂ DIN CLUJ-SIBIU).

Director: Profesor Dr. C. Tătaru.

RESUMÉ

Contributions clinico-thérapeutiques au traitement des affections cutanées dues au froid.

De tout ce qu'on a exposé dans le travail présent basé sur des observations personnelles, on peut tirer la conclusion, que le préparat Dermotherma représente une riche acquisition dans l'arsenal thérapeutique du médecin. Il sert à combattre toutes les affections, où le froid joue un rôle important comme facteur déclenchant dans la pathologie cutanée, le plus souvent étant associé avec un

Hybridin ^{„Henning”}

Camfor. Guaiacol. Phenilchinolincarb. Menthol. Ol. Eucalipt.

**Gripă, Pneumonie, Bronchopneumonie
și toate afecțiunile inflamatorii ale
plămânilor și bronhiilor.**

Fluidică secrețiile. — Desodorizează și ușurează
expectorația.

Fiole 1 cc. și 2 cc. intramuscular.

Codex S. A. R. Calea Șerban-Vodă 41, București.

Myoston

Pe baza de adenosină phosphorică MAP.

**Myotonic pentru destindere vasculară mai ales a circulației
coronare. Profilaxie și tratament de întreținere al anginei
pectorale. Pentru mărirea capacității de lucru a cordului
la bătrâni. Abus de nicotină și cofeină.**

In angina pectorală : 20 injecții intramusculare 2 cc. timp de 30 zile.
In infarct cardiac și gangrenă : zilnic 2--3 inj. 2 cc. Tratament de între-
ținere : 3--4 ori pe zi câte 20 picături.

Fiole 1 cc. și 2 cc. / Flac. 20 cc.

Codex S. A. R. Calea Șerban-Vodă 41, București.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecțioasă, la copii și adulți nu este decât:

"Lactoferment Dr. Robin"

34 ani de existență
(1907—1941)

Emulsie pură de ferment lactic viu, care transformă în acid lactic născând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenților microbieni patogeni

DOZE:

COPILII până la 3 ani o linguriță la oră.

COPILII de 3 ani în sus câte 2 linguri înainte meselor.

ADULȚII 3—4 linguri înainte meselor.

Indicat în: enterite acute și cronice la copii și adulți, diabet, ciroze, eczeme, acnee, foculite, furunculoză, urticaria, guta, colibaciloza, etc.

Pentru literatură și eșantioane a se adresa reprezentanței generale
București, str. Regală Nr. 10, Etaj. Telefon 3 78.66

Estetica Feței

Vaccin microbacular antiacneic

Conf. Dr. SARĂȚEANU

Indicațiuni:

Toate formele pustuloase de
Acnee vulgară facială.

Indicațiuni secundare: Acnee rozacee.

Toleranță locală și generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale
din țară

Se recomandă

Domnilor medici venereologi:

Vaccinul antistreptobacilar

Preparat prin procedeul

Prof. NICOLAU și Dr. BANCIU

Se întrebuintează în injecții intramusculare în ulcere șancroase și complicații: fimoze, parafimoze, imfite, adenite.

Este foarte bine tolerat, nu dă șoc, nici febră, permițând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale
din țară

Pentru literatură a se adresa reprezentanței generale, București, Str. Regală 10. Telefon 3.78.66

état vaso-neurétique et angiospastique des capillaires de la peau, qui constitue le facteur predisposant.

Par son action rapide et par la facilité de son application le Dermotherma constitue un précieux médicament tant au point de vue thérapeutique, qu'au point de vue prophylactique pour combattre toute les affections cutanées dues au froid.

ZUSAMMENFASSUNG

Klinisch-therapeutischer Beitrag zu der Behandlung durch Kälte entstandener Hauterkrankungen.

Der Autor bespricht anfangs die normale und pathologische Wärmeregulation der Haut und kommt auf die durch letztere bedingten Zirkulationsstörungen lokaler Art zu sprechen. Er beschreibt in diesem Zusammenhang die Krankheitsbilder der durch Kälte bedingten Hautschädigungen: Aeroasphyxie oder essentielle Acrocyanose, Erythrocyanosis crurum puellarum, Pernionen und Perniosis, resp. das hyostatische indurative Erythem, Urticaria a frigore usw. Er beschreibt die 3 prinzipiellen Grundzüge der Therapie dieser Kälteschädigungen: Bekämpfung des angiospastischen Zustandes, Desinfektion offener Wunden Beseitigung des Schmerzes und des Kältegefühls. Der Verfasser

befasst sich dann weiters mit den pharmakologischen Grundlagen des Dermotherma, das er als bevorzugtes Therapeutikum an einem grossen klinischen und polyklinischen Krankenmaterial verwendet. Das Präparat besteht aus Milchsäure, Kampfer, Thymol, Menthol, Capsikum, Arnika u. Formaldehyd und muss längere Zeit morgens und abends fest in die erkrankten Hautstellen einmassiert werden. Der Autor schildert aus jeder einzelnen Krankheitsgruppe je einen Fall genauer vom klinisch-therapeutischen Standpunkt aus und erwähnt nebenbei die unterstützende, hyperaemisierte Wirkung des Dermotherma beim Morb. Reynaud u. a. periferen Zirkulationsstörungen, wo neben dieser Salbe noch eine allgemeine, dem Fall angepasste endokrine, chemotherapeutische oder desensibilisierende Behandlung angezeigt ist. Dass eine prophylaktisch Kur das Auftreten dieser Hautaffektionen bei den dazu praedisponierte Personen verhüten kann, wird auf Grund seiner klinischen Erfahrung bestätigt. Er kommt zu der Schlussfolgerung, dass dermothema eine wertvolle Bereicherung des Arzneischatzes bei der Bekämpfung aller Hautprozesse ist, bei denen die Kälte eine wichtige Rolle als auslösender Faktor spielt und meistens von einem vasoneurotischen angiospastischen Zustand der Hautkapillaren als praedisponierendem Faktor, begleitet ist. Durch seine rasche Wirkung und leichte Anwendungsart wird Dermotherma als wertvolles Prophylaktikum und Therapeutikum empfohlen.

Sulfamidele în pediatrie¹⁾

de

Prof. Dr. Gh. Popoviciu

Sulf-on-amidele sunt azi în primul plan în chimioterapia bolilor infecțioase bacteriene. Ca formulă chimică sunt compuși organici ciclici, cu grupul $\text{SO}_2 - \text{NH}_2$ (sulfonamidic). Acțiunea lor bactericidă la animale a fost cunoscută grație cercetărilor lui Domagk și colaboratorilor săi (Mietzsch, Klarer etc., 1932—35), cari au pus-o în evidență față de strepto-, stafilo- și gonococi, cât și față de unii anaerobi. De atunci un număr foarte mare de lucrări (până la începutul anului 1940 v. Domarus găsește mult peste 1000) au stabilit efectul strălucit în diferite afecțiuni bacteriene umane, cari înainte se tratau cu succese mai mult sau mai puțin duble.

Dintre numeroasele preparate un rol decisiv îl revine: 1) grupului de *prontosil* (rubiazol) și 2) grupului de *dagenan* [eubaslină, (M & B) 693, sulforonlină, sulfamido-piridină].

În grupul de *prontosil* avem sulfanilamida (=prontosil alb = prontosil = sulf-on-amidă = streptosil = 1162 F = septoplax = neococcl = isococclină), prontosilul (roșu = rubiazolul vechi) și rubiazolul (nou).

Mai nou avem preparatele 402 M (isapiridină, un derivat aluminic) și 2090 RP (p. amino-benzen-sulfamido-tiazol, sulfatiazol, *eleudron*), foarte active, mai bine tolerate.

La copii rezultatele sunt încă și mai bune ca la adulți. Grație lor, s'a schimbat considerabil prognosticul, până aci aproape complet, sau în mare parte nefavorabil, din afecțiunile ca: erisipelul nou-născuților, meningita epidemică, bronhopneumonia, pneumonia etc. În genere copiii suportă bine dozele mari, egale sau chiar mai mari ca ale adultului. Doza activă la un copil este 5—15 mg / 100 cm³ sânge la preparatul 1162 (F) și 4—10 mg / 100 cm³ sânge la (M & B) 693. După vârstă se dă $\frac{1}{2}$ din doza adultă între 5—10 ani și $\frac{1}{4}$ la copilul de sân. După greutate dozele corespund la 15—30 ctg/kg greutate pe zi la copilul de sân, 8—20 ctg/kg la copilul mai mare, față de 5—15 ctg/kg la adult. La nevoie se pot da doze și mai mari. Astfel Lesné relatează cazul unui copil de două luni cu greutatea de 5 kg, suferind de meningită purulentă (stafilococ auriu), care a primit doza zilnică de 3 gr 1162 F timp de mai multe săptămâni. Din cele următoare rezultă că și noi am întrebunțat uneori doze excesiv de mari. Evident nu toți copiii au o toleranță mare, nici chiar cei mici.

Se preferă administrarea perorală a sulfamidelor. Numai în cazuri grave sau de intoleranță pe cale bucală, ele se dau parenteral. Se mai pot administra pe cale rectală sau local. Unii (Opitz) preferă în grupul

¹⁾ După conferința ținută la Soc. Științ. Med. Cluj-Sibiu, în 28 Februarie 1941.

prontosilului preparatul necolorat (prontosilul a.b, pront-albina), prezentând avantajul de a cruța rufele. Prin ciplar, la început trebuiesc date doze mari, menținând nivelul în sânge prin noi administrări de doze mici.

Prin administrarea *dozelor mari* efective, ziua întâi și cel puțin și ziua a doua, se împledecă crearea germenilor sulfamidorezistenți. Dozele ulterioare mai mici se dau regresiv. Pentru a se împledeca scăderea sulfamidemiei sub limita necesară, este consult ca administrarea preparatului să se facă în doze fracționate din oră în oră sau din 2 în 2 ore, chiar și noaptea. Tratamentul în genere e de durată scurtă: în medie 16 zile, și maximum 20 zile în pneumopatii, meningite, întrerupându-se pe 2 zile ziua 12—13.

Modul de acțiune a sulfamidelor la copii e caracterizat înainte de toate prin împledecarea proceselor inflamatorii (în special în erisipel, pluri, vulvovaginită gonococică, meningită epidemică). Ea este evidențiată prin scăderea leucocitelor, paralel cu tratamentul, și prin mărirea numărului lor la întrerupere, ceea ce pledează pentru o acțiune bactericidă sau antitoxică a sulfamidelor. În această ordine de idei este de relevat că sulfamidele dau rezultate bune și la copiii de sân mic, la cari, se știe, reacțiile de apărare sunt mai reduse. Deci nu este vorba de o mărire generală a rezistenței prin sulfamide. Este de remarcat pe de altă parte, că în piuria coli bacteriuria persistă și după încetarea pluriei. Adeacă nu este nici cazul unei simple acțiuni de desinfectare. În genere acțiunea sulfamidelor este considerată ca bacteriostatică sau bactericidă, stimulând totodată puterea de apărare a organismului. De dată recentă (1940) Domagk, creatorul sulfamidoterapiei, consideră acțiunea sulfamidelor nu ca desinfectantă, ci ca împledând creșterea bacteriilor cu ajutorul organismului.

După cercetările de tot recente (1941) ale lui Schreiber, acțiunea sulfamidelor se intensifică in vitro prin ridicarea temperaturii (la 40° C). Ele confirmă observațiile clinice și experimentale din 1939 ale lui Ballenger — Elder — Mc Donald — Coleman, cari au constatat o scurtare a duratei tratamentului cu sulfamide în blenoragie, când era combinat cu febră artificială produsă.

Accidente: la prontosilă se poate observa destul de frecvent o culoare palidă sau ușor cenușie a pielii; la dăgenan chiar cianoză; culoarea devine repede normală la sistarea tratamentului, dar poate dispărea și în cursul continuării lui. Din partea tubului digestiv se văd mai ales inapetențe, poate mai curând la prontosilul roșu decât la prontosilă, cât și (inclusiv după experiența noastră) mai puțin frecvent diaree. Vărsăturile sunt mai frecvente la dăgenan (eubasină), cu deosebire când se dă în doze mari. Ele pot fi oprite prin bicarbonat de sodiu, dat simultan. Uneori se produc erupții, de obicei morbiliforme, foarte rar icter.

Accidente mai grave hematologice (cu scăderea accentuată a leucocitelor, ematurii), n'au putut fi văzute nici de Opitz, nici de noi. În genere toleranța mare noi o explicăm și prin emoterapia simultană, de care am făcut uz larg (și pe care am utilizat-o pe scară foarte întinsă în afecțiunile analoage, și în cazuri netratate cu sulfamide, inclusiv înainte de era sulfamidelor), cât și prin aeroterapia foarte mult întrebunțată de noi (la fel și fără sulfamide), cu deosebire în bronhopneumonii și pneumonii. Toleranța față de sulfapiridină se mărește și prin (h)epatrat (2—4 cm³ în injecții, tot la 2 zile), scade la produși sulfatați (ape purgative).

Sulfamidele sunt foarte rar *contraindicate:* în anemii, emofille, tare hepatice, renale, acidoză.

În cazul unui mic focar infectat, e indicat *tratamentul local*, înaintea sulfamidoterapiei.

În cele următoare vom specifica acțiunea sulfamidelor și rezultatele obținute în tratamentul *diferitelor boli*. Experiențelor numeroșilor autori, le vom adăoga pe ale noastre. Ele încep din anul 1937 și cuprind aprox. 500 cazuri, plus un număr analog de controlouri netratate cu sulfamide. Ne vom referi în primul rând la aprox. 120 cazuri, pe cari le vom reda la rândul său, grupate în tabele în lucrarea noastră în extenso¹⁾. Dar vom ține seamă și de experiențele obținute în restul de cazuri (observate la Cluj și Sibiu, inclusiv în clientela particulară), pe care condițiile noastre actuale de lucru nu ne-au îngăduit încă să le analizăm mai detaliat.

Menționăm că cele vre-o 120 cazuri de mai sus reprezintă rezultatele *mai puțin eclatante* din prima perioadă a experiențelor noastre de tatonare, cu doze adesea insuficiente din cauza dificultății de a obține preparatele și fiind astfel nevoiți de multe ori a întrebuița mai multe preparate la acelaș caz.

Primele succese cu sulfamidele în terapia umană, după rezultatele strălucite din infecția streptococică experimentală pe animale, au fost obținute în erisipel. Dacă la adult rezultatele nu pot fi ușor interpretate, deși într'un număr însemnat de cazuri ele rămân în afară de orice îndoielă, în *erisipelul copiilor* succesele sunt mult mai sigure, cu atât mai evidente, cu cât copilul este mai mic. În special în erisipelul copiilor de sân și al născuților (care înainte de era sulfamidelor dădea o mortalitate până la 70—90% și sub vârsta de 1 lună chiar 100%), rezultatele sunt (cu deosebire după vârsta de 1 lună) până la 100% vindecare. Astfel Opitz, Mischke, înainte de perioada prontosilului au înregistrat o mortalitate de 69,2% sub 1 lună, 66,6% sub 1 an. Din 1937 n'au mai pierdut nici un copil trecut de vârsta de 1 lună, iar dintre cei sub 1 lună au sucombat numai unii copii nou-

¹⁾ În Revista de Pediatrie, Puericultură și Nipiologie.

născuți (2 ziua a 2-a, 1 ziua a 5-a de tratament, de peritonită, — alți 2 de septicemie stafilococică, resp. stafilo-streptococică, — putând fi salvați în schimb 4 copii bolnavi de erisipel cu septicemie streptococică și un prematur de 3 săptămâni cu $2\frac{1}{4}$ kg greutate). Ribadeau-Dumas menționează 10 cazuri, toate vindecate. Adesea defervescența se produce din ziua a 2-a (în cazuri grave mai târziu). Fenomenele locale nu mai progresează și eritemul devine mai palid după 24 ore. Doza este, la născuți și copii de sân $3 \times \frac{1}{2}$ tabl. prontosil, rubiazol (mai bine tolerată e prontalbina); în cazuri grave, migraute și complicate, 3×1 tabl., scăzute la $\frac{1}{2}$ după defervescență și continuate încă 8 zile pentru prevenirea recidivelor. Durata medie de părăsire a serviciului e de 14 zile; totuși uneori tratamentul trebuie continuat foarte mult timp (Lereboullet citează un caz cu o durată de 3 luni), neputându-se împiedeca în mod direct apariția abceselor subcutanate streptococice.

Rezultatele noastre începând din 1937 până în cursul anului 1940 din prima serie menționată a cercetărilor noastre, arată o vindecare de 100% la 10 copii, dintre cari 4 sub vârsta de 1 an. Temperatura scădea după 2—4 zile, iar fenomenele locale cedau de asemenea foarte repede, durata bolii varînd între 7—17 zile (în majoritate 7—10 zile). Doza totală de sulfamide (prontosil roșu, rubiazol, eubasină) a variat între 0,5 gr (copil de 5 luni) și 5,4 gr (copil de 15 ani). În același timp s'a făcut uz de raze ultraviolete, ser antistreptococic, emoterapie, iar local bicarbonat de sodiu, pensulări cu nitrat de argint etc.

Alături de erisipel, prontosilul și rubiazolul pot fi efective și în alte afecțiuni streptococice, chiar septice-mice, otogene, dentare, meningeale (v. și mai jos). Rezultatele variază după autori, fiind la unii mai bune, la alții foarte modeste sau nule. Lipsesc complet rezultatele în scarlatină, o altă afecțiune streptococică. Dintre complicațiunile ei, singura limfadenita febrilă pare a putea fi prescurtată.

Noi în cele 4 septicemii (piemii), cuprinse în tabelele noastre prelucrate până aici și cari vor apărea în lucrarea în extenso (din Revista de Pediatrie, Puericultură și Nipologie), n'am avut succese (copii între 1—14 ani, tratați cu 1,5 gr prontosil, rubiazol, în total). De dată recentă un caz grav de septicemie a unui născut cu aftele lui Bednar și cu metastaze multiple, tratat de noi în Clinica obstetricală din Sibiu cu dagenan, eubasină, sulforonină, prontosil, cu mai multe reprize și recidive, s'a vindecat la doze mari de sulfamide (în total 40 gr dagenan, eubasină, plus $3\frac{1}{2}$ fiole prontosil).

În 13 cazuri de plodermii, furunculoză, abcese, unul singur a părăsit Clinica neameliorat (11 din cazuri erau copii sub 1 an, dintre cari 7 s'au vindecat,

4 s'au ameliorat). Durata tratamentului 5—30 zile, doza totală 1,0—7,0 gr prontosil, rubiazol, desepții, pro-septină.

Un al 2-lea grup de afecțiuni, tributare sulfamidoterapiei, îl constituie *piuriile* (pielonefrite, afecțiuni inflamatorii ale căilor urinare), cauzate în majoritate de colibacili. Rezultatele sunt strălucite, de multeori surprinzătoare. Febra scade în câteva zile, de obicei ziua a 4-a, la normal; leucocitele se reduc repede, ajungând după 14—16 zile tratament la nivelul normal. Starea generală se ameliorează paralel, cu deosebire la copiii de sân, cari sunt mai grav atinși. Sunt totuși foarte frecvente recidivele la întreruperea tratamentului. În genere, cum am mai accentuat, bacteriuria dispăre mult mai greu ca pluria (Pernice, Klein, Maraun, Opitz).

Prontalbina, prontosilul roșu, albucidul sunt aprox. echivalente. Se dau în doze de 3×1 (rar $\frac{1}{2}$ tabletă, incl. și la copiii de sân), până ce sedimentul devine normal. Se continuă apoi cu doza redusă la $\frac{1}{2}$, până ce prima cultură din urină e sterilă. După 5 zile pauză se repetă cultura. Mai nou se laudă superioritatea dăgenanului (Lereboullet) și cu deosebire a paraminosulfamidotiazolului (Gournay, Celice).

În tabelele noastre din lucrarea în extenso sunt redată 19 cazuri, dintre cari sub 1 an 5, toate vindecate; între 1—3 ani 5, vindecate 2, ameliorate 3 cazuri; între 5—12 ani 9 cazuri, dintre cari 5 vindecate, 4 ameliorate. Clarificarea urinei începe în cazurile noastre după 2—3 zile; vindecarea o obținem după 10—30 zile. Cantitatea totală de sulfamide, administrată, a variat între 1—12 gr prontosil, rubiazol, desepții.

Afecțiunea care a beneficiat mai mult în ultimii 2—3 ani de sulfamidoterapie este *meningita epidemică (cerebrospinală)*. La început exista un scepticism, din cauza eficacității reduse a sulfamidei și derivaților săi mai vechi (prontosil solubil, prontalbina, albucid etc.), la cari mortalitatea ajungea până la 33% sau mai mult (fără sulfamide ea ajungea nivelul de 50% la adulți și la copiii de sân adesea 60—90% și chiar 100%). Noi derivații, sulfapiridina (dagenan, eubasină, sulforonină) și sulfatiazolul au schimbat complet șansele de vindecare. Diferenții autori sunt de acord, că rezultatele sunt tot atât de strălucite ca cele obținute prin seroterapie în perioadele cele mai frumoase; că chiar și cazuri foarte grave sunt favorabil influențate; că noul tratament însemnează un progres extraordinar, făcând să dispară groaza pe care o inspira această boală și dând vindecări deadreptul miraculoase (Lereboullet-Saint Girons, Goeters, Brehme, Türk, Kleinschmidt, Säker, etc.). De asemenea toți sunt de acord asupra necesității de a se institui cât mai precoce tratamentul sulfamidat și cu dozele cele mai mari, date pe cale bucală. Majo-

ritatea autorilor consideră însă necesară administrarea simultană parenterală (cu deosebire în cazuri grave și în toleranță pe cale bucală): intramusculară, intravenoasă (cu dăgenan) și chiar intrarahidiană (cu 1152, nu cu preparatul 693 a cărei soluție alcalină produce paralizii grave!). În caz de sulfamidorezistență și după un mare număr de autori, în genere trebuie făcut uz și de seroterapia specifică pe cale rahidiană.

În *tabelele noastre* până la începutul anului 1940 (din lucrarea în extenso) găsim 12 cazuri de meningită meningococică, tratate cu sulfamide (prontosil, rublazol, dăgenan, eubasină), eventual în plus cu piridol (un al 13-lea a fost tratat numai cu acest colorant), cât și cu ser antimeningococic, insuflare de aer, emoterapie. Din ei 7 au fost copii sub 1 an. S-au vindecat 11 (6 tratați cu dăgenan, eubasină); a ieșit din serviciu ameliorat 1 copil (înainte de terminarea tratamentului, contrar indicațiilor noastre), tratat cu prontosil; a plecat în stare gravă (cu pneumonie) 1 copil, tratat cu desepil. Din cei vindecați unul a prezentat după 1 an epilepsie (tratată cu 10 gr dăgenan). Vindecarea era mai promptă la dăgenan (survenită în 12—16 zile). Am obținut în 6—8 zile scăderea temperaturii la normal, dispariția simptomelor clinice de meningită, clarificarea lichidului cefalorahidian, dispariția microbilor, dispariția sau scăderea elementelor celulare și a reacțiilor de albumină. La prontosil, rublazol etc., vindecarea venia mai târziu (până la 20 zile). Față de aceste rezultate extraordinare de bune (de 84,6% vindecare) la care se adaugă altele noi, necuprinse în aceste tabele, rezultatele dinaintea sulfamidoterapiei în anii 1935—38 la 31 copii tratați cu ser au fost: 5 cazuri (15%) vindecate, 11 cazuri (37%) decedate în serviciu, 15 cazuri (48%) ieșite din clinică în stare foarte gravă.

Sulfamidoterapia a dat rezultate și în *alte meningite purulente*; în cele streptococice, cu bacil Pfeiffer, Friedländer și chiar în cele pneumonice. Sunt deosebit de importante rezultatele obținute în meningitele otogene. Și noi am putut vindeca un caz de meningită pneumococică, la un copil de 5 ani, cu prontosil, dăgenan și seroterapie. Un al doilea caz, la un copil de 5 luni tratat cu rublazol, a părăsit serviciul în stare gravă (pneumonie). Alte 2 cazuri, netratate cu sulfamide, au sucombat în ziua internării. În două cazuri de meningită streptococică, tratate cu dăgenan, prontosil, desepil, evoluția a fost fatală.

În *vulvovaginita gonococică* s-au obținut rezultate mai rele cu uliron, albucid, ca la adulți (Opitz); cu dăgenanul și cu deosebire cu sulfatiazolul rezultatele sunt mult mai bune.

Un ultim mare grup de afecțiuni infantile, în care rezultatele sunt din cele mai surprinzătoare, este a *bolilor căilor respiratorii (bronhopneumonii)* și complicațiile lor. Se știe că aceste afecțiuni sunt una din

cauzele principale ale mortalității infantile, cu deosebire a copiilor de sub 1 an și a copiilor de a 2-a vârstă (mici copilărie).

La copii de sănătate mortalitatea prin afecțiuni respiratorii constituie până la $\frac{1}{3}$ și la noi adesea până la $\frac{1}{2}$ din totalul deceselor sub 1 an. Adecă noi pierdem anul aprox. până la 40—60.000 copii de sub vârsta de 1 an din cauza acestor boli.

Mai noua mortalitate a scăzut grație mijloacelor moderne de combatere, cu deosebire prin aeroterapie etc. Totuși față de mortalitatea mai veche de 50% sau chiar mult mai ridicată, și azi mortalitatea medie a copiilor *ospitalizați* cu bronhopneumonie este aprox. 25% (Opitz).

Față de aceste cifre înspăimântătoare de mortalitate infantilă, datorită bronhopneumonilor și în genere afecțiunilor respiratorii, situația dela era sulfamidoterapică încoace arată un progres foarte însemnat. Mortalitatea prin bronhopneumoni a fost *extraordinar redusă* prin sulfapiridină (dăgenan, eubasină, etc.). Cifrele de succese variază după autori (Evans-Gaisford, Wilson, Hodes, Stenger, Fraschler, Buser, Boissier-Lacroix, Friderichsen, Gnosspelius, Meyer zu Hörste, Reinhardt, Opitz, Priesel, Franconi, Schwartz, Klein-schmidt, Vulovic, Mader etc.).

Fără îndoială mai sunt multe experiențe de făcut, în ceea ce privește doza și formele diferite de pneumonii. În tot cazul sulfapiridina salvează viața în un foarte mare număr de cazuri de bronhopneumonii, având un *efect uimitor chiar în cazuri cari par muribunde*. Defervescența se produce mai repede, critică sau litic, adesea după primele zile. În pneumonii defervescența se produce critic, uneori chiar ziua a 2-a. Alterațiunile fizice, inclusiv cele radiologice dispar mai târziu după câteva zile. Uneori urmează complicații, mai ales empieme, care totuși par mai rare și mai favorabile.

Evident sunt posibile și *eșecuri*, cu deosebire la prematuri, în toxicoze, pneumonia din gripă, pojar, tuse convulsivă, etc. Totuși și în aceste cazuri se observă rezultate foarte bune; așa de ex. în pneumonia nou-născuților mortalitatea, înainte aproape 100%, a scăzut la 50% (Mader).

Sulfamidoterapia a *simplificat* mult *tratamentul* pneumoniilor, și bronhopneumonilor reducând arsenalul terapeutic al sulfapiridină, aer, regim ușor și calmant al tusei, făcând inutile celelalte mijloace (hidroterapeutice etc.).

Doza sulfapiridinei în bronhopneumonii, pneumoniile-copilor încă nu este bine stabilită. Ca și în alte afecțiuni, și aici sulfamidele (dăgenan, eubasină, sulfonol etc.), se administrează precoce în o doză inițială mare, pentru a se ajunge repede la o concentrație ridicată. Apoi la nivelul sanghin se menține prin

doze mai scăzute. După Opitz se dau în primele 24 ore 15 ctg pe kg greutate, repartizate pe 4—5 doze; zilele următoare se scade la 10 ctg pe kg, continuându-se tratamentul până la defervescență.

După Domagk trebuie dată ca doză inițială 2 gr, continuată timp de 3 zile cu câte 1 gr la 6—8 ore. Instituirea precoce a tratamentului este o condiție esențială, întru cât înmulțirea leucocitelor în alveoli din pneumonie, se poate exagera prin sulfamide până la formarea de abcese.

După Evans-Gaisford se dau din tabletele de câte 0,5 gr 693:

sub	3	luni	1/4 tabl.	tot la	4 ore
între	6—12	"	1/2	"	" " 4 "
la	2	ani	2/3	"	" " 6 "
"	3	"	1	"	" " 6 "
"	5	"	1	"	" " 4 "

În cazuri grave doza se dublează.

După Stenger se dau:

în jumătatea 1 a anului	1	2×1/4 tabl.	pe zi
"	"	2 a	"
între 1—2 ani	"	13×1/2	" " "
la copii mai mari	"	3—4×1/2	" " "
	"	3—4×1	" " "

Majoritatea autorilor sunt pentru doze mai mari (Evans-Gaisford), cu deosebire la început (doza 1, eventual și doza 2) 2—3× mai mare, scăzându-se treptat ziua 2 etc. până la o singură ultimă doză ultima zi. Se mai recomandă doza întreagă până la defervescență, apoi încă 3—4 zile 1/2 doză (durata totală a tratamentului 5—6, sau chiar 10—12 zile) pentru a nu se produce recidive; dozele insuficiente și date nesistematic, au un efect direct dăunător.¹⁾

Succesele noastre cu sulfamidele în bronhopneumonie și pneumonie, sunt dintre cele mai frumoase, chiar mai bune ca ale altor autori. Trebuie să accentuăm însă, că în clinica noastră mortalitatea prin bronhopneumonii s'a redus încă înainte de sulfamide la un nivel foarte scăzut, grație instituirii aeroterapiei. Astfel de ex. față de anul 1932 cu o mortalitate de 22.0% în bronhopneumonii și embleme (71 cazuri), — în 1936, anul când am început să întrebunțăm aeroterapia, mortalitatea (la 67 cazuri) a fost 9.4% (cu aeroterapie numai 4.4%). În același an mortalitatea prin bronhopneumonie tratată cu aeroterapie a fost 4.4% fără aeroterapie 28.6%.

Față de aceste rezultate, foarte frumoase, după introducerea sulfamidoterapiei mortalitatea a continuat să se reducă la un nivel și mai scăzut. Astfel în prima 1/2 a anului 1940 la un total de 33 cazuri, de pneumonii (19 cazuri) și bronhopneumonii (14 cazuri), netratate cu sulfapiridină, mortalitatea a fost 6.06%; în

pneumonii criza a survenit în medie ziua a 3-a; media zilelor de ospitalizare în pneumonii a fost 9, în bronhopneumonii 17 zile. În schimb la un total de 44 cazuri, de pneumonii (27 cazuri) și bronhopneumonii (17 cazuri), tratate cu sulfapiridină (dagenan), mortalitatea a fost numai 2.2%, criza (în pneumonii) a survenit în medie ziua 2.8, iar media zilelor de ospitalizare a a fost 15.5.

În cazurile netratate cu sulfapiridină, dintre 19 pneumonii 4 au făcut complicații (otită, pleurezie, recidivă); dintre 14 cazuri de bronhopneumonii netratate cu sulfapiridină, 3 au părăsit clinica în stare foarte gravă. Între cazurile tratate cu sulfapiridină, s'au înregistrat ca accidente: 1 colaps (în defervescență, combătut cu cardiazol), 1 ematurie (cedată la sistarea dagenanului), 3 vărsături, 1 anemie ușoară.

Adesea, fiind la începutul experiențelor noastre și din cauza dificultății de a obține preparatul, cazurile noastre au fost tratate cu doze insuficiente (2/3 din doza medie obișnuită). Cazurile de vindecare promptă le-am obținut la doze mari, date precoce fără frică de accidente.

Asemenea rezultate am obținut cu deosebire în timpul din urmă, inclusiv în refugiu, neredate în tabele. Menționăm dintre ele 2 cazuri adevărat miraculoase: 1 copil de 3 luni și 1 copil de 1 an 2 luni, primiți în aceeași zi în stare extrem de gravă, cu cianoză și dispnee foarte intensă, puls abia perceptibil, revenit în termen de 24 ore la doze mari de dagenan. Cât de importantă este îngrijirea igienică, în special aeroterapia, administrată simultan cu sulfapiridină, cât și aplicarea precoce a sulfamidoterapiei, ne-o arată numărul mare de eșecuri în serviciul „clinic” și în clientela particulară după refugiu la Sibiu, mult mai mare ca la Cluj, unde personalul de îngrijire era mai instruit și mai numeros, de asemenea posibilitățile de a se aplica aeroterapia, mai bune.

Aceste eșecuri au survenit în majoritate la cazuri vechi, ajunse târziu în tratament.

Între cazurile de eșec relatăm 1 caz de bronhopneumonie la un copil de 8 luni, tratat cu dagenan care primise ziua a 10-a de bronhopneumonie vitamina D₂ concentrată (Merck, 15 mg într-o doză), întrucât prezenta simptome de rahitism florid. O zi după administrarea preparatului concentrat de vitamină D₂ (ziua 11 de boală) copilul a primit dagenan (2×0,5 gr), doză repetată și ziua următoare (ziua 12). Starea copilului s'a agravat totuși vertiginos, ducând ziua 13 la exitus în convulsii eclamptice. Fiind singurul nostru eșec, în acea serie de cazuri tratate cu dagenan, el îndeamnă la anumite considerații. Convulsiile puteau fi consecința dozei mari de vitamină antirahitică, care prin modificarea bruscă a metabolismului rahitic (cu ipofosfate, exagerată și prin bronhopneumonie) a

¹⁾ v. și Nr. 4—6, pg 139 din 1940 al Revistei de Pediatrie, Puericultură și Nipologie, cât și Vol. III^a Ed. II al tratatului „Elemente de Pediatrie și Puericultură” recent apărut.

putut produce cealaltă extremă, hiperfosfatemică, tetanigenă. Dar și dăganul, dat în plus în această stare, ar putea fi răspunzător până la un punct de provocarea convulsiilor, văzute de dată recentă de noi la alte 2 cazuri de bronhopneumonie prelungită, ajunse să fie tratate târziu cu dăgan (în doze mari). În aceste cazuri starea s'a agravat după dăgan, copiii decedând la 24—48 ore după introducerea lui, în convulsii, fără să fi primit vitamină D₂. Agravarea după dăgan poate fi atribuit mecanismului de mai sus invocat de Domagk, adică înmulțirea leucocitelor în alveole cu abcese, stare cu febră ridicată care evident poate favoriza apariția convulsiilor.

Cu preparatul eubasină experiențele noastre dinainte de refugiu se limitează la 3 cazuri, dintre care unul, copil de 9 luni primit cu bronhopneumonie, muribund, decedat în ziua primirei. Un al 2-lea caz de pneumonie s'a vindecat, fiind urmat de pleurezile purulente metapneumonice, resorbite greu. Al 3-lea caz de pneumonie, centrală, s'a vindecat încet. Rezultatele noastre după refugiu, cu eubasină, date în *doze mari, precoce, sunt foarte bune*.

In empirie, am obținut inclusiv de dată recentă după refugiu, ameliorări și vindecări prompte cu prontosil și rubiazol, dat intrapleural (alături de evacuarea puroiului prin puncții).

Alături de preparatele menționate în tabelele alăturate, experiențele noastre mai interesează o serie de alte preparate sulfamidate (sulfazol, ambesid, gombardol, septazină, soluseptazină, eleudron, ultraseptil, etc.) cu rezultate foarte bune în diferite afecțiuni strepto-, stafilo- și diplococice, asupra cărora vom reveni după un număr mai mare de cazuri.

(CLINICA INFANTILĂ DIN CLUJ—SIBIU)

RESUMÉ

La thérapeutique sulfamidée dans la médecine infantile

La médication sulfamidée donne des résultats éclatants surtout chez l'enfant, meilleurs même que chez l'adulte. Elle a changé beaucoup ou complètement le pronostic d'affections réputées mortelles le plus souvent (érysipèle du nouveau-né, méningite cérébro-spinale), d'infections souvent tenaces (colibacillose, vulvovaginite à gonocoques), de diverses autres affections streptococciques et même staphylococciques et surtout des affections respiratoires (pneumonies, broncho-pneumonies, empyèmes) qui constituent une cause principale de la mortalité infantile. L'enfant supporte les sulfamidés mieux que l'adulte. Les accidents graves sont très rares. Leur absence, presque complète dans les nombreuses expériences de l'auteur pourrait être attribuée à l'hémothérapie simulée. Le même facteur, ainsi que l'aérothérapie associée en même temps au

traitement sulfamidé dans la broncho-pneumonie, pourrait être la cause des résultats brillants de l'auteur (mortalité de 2,2%), meilleurs que ceux relatés par d'autres auteurs. La lutte contre la morbidité et mortalité infantile a fait un progrès incontestable par l'introduction dans l'arsenal thérapeutique des sulfamidés, surtout de la sulfapyridine. Elle est indispensable à la campagne où la mortalité par broncho-pneumonies et par d'autres affections graves respiratoires est d'autant plus élevée que le niveau culturel, économique et hygiénique est plus abaissé. Évidemment pour la Roumanie ce traitement promet des succès encore plus grands qu'en d'autres pays à mortalité plus petite. L'introduction généralisée des sulfamidés dans la médecine pratique contribuera beaucoup à la diminution de la mortalité générale et spécialement de la mortalité infantile si élevée. Leur utilité augmente pendant la guerre, où la lutte contre la morbidité et mortalité infantile est encore plus indiquée qu'en temps de paix.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Sulfonamide in der Kinderheilkunde

Die Behandlung mit Sulfonamiden bewies sich hauptsächlich in der Kinderheilkunde als ein sehr wertvolles neues therapeutisches Mittel. Die Resultate sind noch besser, als beim Erwachsenen. Krankheiten, die früher eine äusserst hohe (manchmal bis 100%-ige) Sterblichkeit ergaben, wie das Erysipel der Neugeborenen und die epidemische Meningitis, -andere äusserst schwere oder der Behandlung widerstehende Erkrankungen, wie die Pyurien verschiedene andere Streptokokken- und Staphylokokkenkrankungen, die Vulvovaginitis gonococcica und hauptsächlich die Erkrankungen der Luftwege, wie Pneumonien, Bronchopneumonien, Empyeme, die als wichtigste Säuglings- und Kindersterblichkeitsursachen bekannt sind, -haben ihre bisher grösstenteils oder fast völlig ungünstige Prognose wesentlich geändert. Die Kinder vertragen die Sulfonamide relativ besser, als die Erwachsenen. Bedrohliche Nebenerscheinungen sind sehr selten. Ihr fast vollständiges Fehlen im zahlreichen Behandlungsmaterial des Verf. könnte der gleichzeitig angewandten Hämothérapie zugeschrieben werden. Derselbe Faktor, wie auch die gleichzeitige Luftbehandlung, scheinen die gegenüber anderen Verfassern bessere Erfolge des Verf. in der Bronchopneumonie (Sterblichkeit von 2,2%) zu erklären. Die Bekämpfung der Morbidität und Sterblichkeit der Kinder hat durch die Verwendung der Sulfonamide einen grossen Fortschritt getan. Besonders das Sulfapyridin erwies sich als ein unschätzbares Mittel, unentbehrlich hauptsächlich am Lande, wo die Morbidität und Sterblichkeit durch Bronchopneumonie und andere schwere Erkrankungen der Luftwege umso höher liegt, je tiefer das kulturelle, wirtschaftliche und hygienische Niveau ist. So verspricht die neue Therapie weit bessere Erfolge in Rumänien, als in anderen Ländern mit kleinerer Sterblichkeit. Eine weite Einführung der Sulfonamide in den Gebrauch der praktischen Medizin wird zur Senkung der hohen allgemeinen und speziell der Sterblichkeit der Kinder viel beitragen. In Kriegszeiten, mit erhöhter Kindersterblichkeit und Erkrankungsmöglichkeit, ist ihr Gebrauch noch wichtiger, als in Friedenszeiten.

Medicină preventivă

Considerațiuni epidemiologice și clinice asupra epidemiei de dezinterie din comuna Geamăna (Iulie-Aug. 1941)

de

Dr. Mihăese Octavian,Medic de circumscripție, absolvent al cursurilor
de specializare în Igienă și Medicină Preventivă

În comuna Geamăna județul Turda a izbucnit în lunile Iunie și August, o epidemie de dezinterie care interesează prin caracterele ei epidemiologice și prin concluziile de ordin practic ce se pot trage asupra profilaxiei ei.

Condițiunile vieții din această comună fiind în strânsă legătură cu izbucnirea și propagarea epidemiei, le vom analiza pe scurt.

Comuna Geamăna este situată în Munții Apuseni, la jumătate drumul între muntele Detunata și râul Arleș, la circa 8 km de aceste 2 puncte de orientare. Are 1106 locuitori. Casele sunt dispuse în formă de ghirlandă în jurul unui deal și pe pârarele din jurul acestuia. Au o distanță relativ mare una de alta.

Alimentația cu apă a populației se face destul de primitiv, din izvoarele captate rudimentar, din fântâni cu cumpănă și din pârâie direct. Aproape fiecare familie are izvorul sau fântâna ei, aceasta din cauza amintitului diseminării a caselor.

Solul nu este fertil. Nu acopere prin producția de cereale decât cam a 10-a parte din necesitățile de consum ale satului. Din cauza aceasta în timpul strângerii recoltei, țăranii pleacă în partea de șes a județului și în județele vecine unde se angajează ca lucrători agricoli.

În schimbul muncii aduc acasă cereale. Aceasta este o regulă de viață a satelor din munții Apuseni. Se înțelege de ce, după reîntoarcerea lucrătorilor morbiditatea prin bolile epidemice crește. Această morbiditate găsește aici un teren relativ prielnic din cauza insuficienței igienei individuale și familiale a sătenilor. Closetele în comună sunt insuficiente ca număr. În special partea din comună situată pe valea Șesii unde a apărut epidemia sunt deosebit de rari și niciunul nu intruiește nici minimum de condiții igienice.

În antecedentele comunel nu se mai găsesc epidemii de dezinterie. (Țăranii își amintesc de o epidemie cu scaune diareice sanghinolente, care a costat multe vieți în această comună în timpul războiului mondial trecut; ei tratau pe atunci boala cu un amestec de alcool și usturoi — această oribilă mixtură unii o utilizau și acum. Nu se poate preciza însă ce anume epidemie a fost atunci).

Găsim însă în anii precedenți cazuri sporadice de dezinterie și febră tifoidă importate dela șes. Tot dela șes (și în parte datorită și altor factori) în comună s'au descoperit în anul acesta 28 de cazuri malarie. Iarna mai apar în comună cazuri de difterie, scarlatină, pojar și tusă convulsivă niciodată însă mai multe de 4—5.

Epidemia din Iulie—August a fost descoperită de medicul circumscripției Lupșa la data de 11 August (cu ocazia primei inspecții dela întoarcerea din concentrare), când s'au găsit șase bolnavi în trei case.

Sursa contaminării acestora și filiațiunea celorlalte cazuri apărute secundar este următoarea:

La data de 25 Iulie se reîntoarce dela secerat dintr-o regiune contaminată femeia D. P., bolnavă de dizenterie (caz Nr. 1). Ea tănuiește boala. Contaminează în decurs de o săptămână pe mamă-sa și 2 nepoți care locuiesc în aceeași cameră cu ea (cazurile 2, 3 și 5). Tot femeia D. P. văduvă în etate de 37 ani (cazul Nr. 1) contaminează și pe C. P. văduv în etate de 54 ani cu care trăiește în intimitate (caz Nr. 4).

Cazul Nr. 6 este P. T. bărbat de 53 de ani care se reîntoarce nevindecat dela seceriș (din aceeași localitate cu femeia D. P.), acest caz nu are nicio importanță epidemiologică întru cât casa lui, izolată pe o muchie de deal nu a fost cercetată de alte persoane, și-a dus boala singur în bârlogul lui refuzând și tratamentul.

Aceasta este situația pe ziua de 11 Iulie când am descoperit epidemia. Am izolat bolnavii la domiciliu, obligat de împrejurări, podul de peste Arleș fiind distrus de ape, iar alte drumuri practicabile spre spitale neexistând. I am tratat cu ser. Cantitatea de ser de care dispuneam atunci nu mi-a permis a face o seroprofilaxie pentru anturaj.

Casele unde au apărut cazurile 1, 2, 3, 4 și 5 sunt situate la circa 10 m. de Valea Șesii pe malul acestui pârâu, mai ridicat cu 3 m. față de apă. Ambele case se alimentează cu apă dintr-o fântână situată la 1 m. de un mic pârâiș ce intră în Valea Șesii. Fântâna este adâncă de 3 m. largă de 1 m. în diametru, zidită cu platră, fără protecție, neacoperită găleata co-

mună. Împrejurarea aceasta a favorizat difuziunea epidemiei în împrejurările următoare:

La a doua inspecție în comună am constatat că măsurile de profilaxie nu au fost urmate. Izolarea nu a fost respectată. Oamenii sănătoși vizitau pe bolnavi, îi asistau la boală, le aduceau alimente. Bolnavii în timpul zilei nu dormeau în casă din cauza muștelor și căldurii, ci pe pături afară. N'aveau closete. Solul din jurul păturii era îmbibat de materii fecale. Fântâna a fost infectată și ea. În adevăr la data de 15 August se vedea exact drumul de scurgere al materiilor fecale direct de pe sol în fântână. În plus rufăria murdară se spăla în apa Văii Șesii, fără săpun. Dejecțiile se aruncau toate aici. Această apă, scăzută din cauza secetei, clară pe traiectul până la casele contaminate, devenea de aici în jos o simplă diluție de materii fecale. Se înțelege că în aceste condițiuni adulții nu au consumat-o (ei știau și restricția impusă) dar copiii scăpați de sub supravegherea părinților, au consumat-o.

Așa s'au ivit cazurile Nr. 7, 8, 12 și 16, copii care nu au venit în contact cu niciun bolnav, n'au consumat alimente decât din casă, n'au atins obiecte sau rufe provenite de la bolnavi. (În ce privește alimentația cu lapte fiecare familie din Geamăna își are laptele de la animalele proprii. Zarzavaturile și fructele nu s'au cumpărat din alte localități nici nu s'au adus în sat sub nicio formă tot timpul epidemiei).

Cazul Nr. 9 este femela I. P. care a vizitat pe bătrâna D. E. de 75 ani (caz Nr. 2) și i-a adus alimente. Mărinimia ei a costat-o viața. Iar fiul ei I. N.

de 20 ani care a îngrijit-o cu devotament în timpul boalei a devenit peste 6 zile cazul Nr. 18.

Cazul Nr. 10 este B. G. de 30 ani care a beut apă din fântâna lui D. P. când aceasta era mai murdară. Nici acest bolnav nu respectă regulile de profilaxie și își contaminează soția (caz Nr. 15) și fetița (caz Nr. 24) și doi vecini (caz Nr. 14 și 19).

Țăranii T. D. și T. V., frați care au lucrat în gospodăria lui B. G. (caz Nr. 10) cât timp acesta a fost bolnav, gospodărie fără closet și cam neigienică, s'au îmbolnăvit și ei (caz Nr. 22 și 23).

Copiii G. P. de 11 ani s'a jucat tot timpul cu copilul de la caz Nr. 3, 5, 7 și 8 chiar când aceștia au fost bolnavi și a beut și el apă din Valea Șesii. S'a îmbolnăvit și el și s'a îmbolnăvit și sora (caz Nr. 11 și 20).

Fără de această situație am luat măsuri drastice de profilaxie. Mi-am mutat reședința în comună. Am instituit un adevărat sistem de patrulare la casele bolnavilor interzicând accesul celor sănătoși. Am obligat pe cei fără closete să-și facă gropi cu var, inaccesibile animalelor și muștelor, am condamnat fântâna lui D. P., am interzis întrebuințarea apei din Valea Șesii. Am obligat bolnavii la o desinfecție continuă și terminală cu leșe fierbinte și apă de var. Padimentul caselor, rufărie, veselă, au fost desinfectate cu leșe fierbinte). Am făcut sero-profilaxia anturajului.

Au mai apărut apoi 5 cazuri, toate prin contact și cu aceasta epidemia a luat sfârșit.

Tabela și schița alăturată fac să se înțeleagă mai bine cele expuse relativ la filiațiunea cazurilor.

TABELA I

Date clinice și epidemiologice ale bolnavilor de dizenterie în cursul epidemiei din comuna Geamăna (Iulie—August 1941).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nr. curent	Numele și prenumele	Etat	Sex	Data îmbolnăvirii	Data izolării	Forma clinică	Tratamentul aplicat și data	Sfârșitul boalei și data	Relațiuni epidemiologice asupra cazului
1	D. P.	37 ani	f.	25 VII.	—	mijlocie	—	vindecată 6 VIII.	Vine bolnavă de la seceriș din comuna Țigăreni
2	D. E.	75 ani	f.	30 VII.	11 VIII.	ușoară	refuză	vindecată 13 VIII.	Mama lui D. P.
3	B. E.	7 ani	f.	6 VIII.	11 VIII.	ușoară	în 11 VIII. inj. 40 cmc ser	vindecată 13 VIII.	Nepoata lui D. P.
4	C. P.	54 ani	b.	8 VIII.	11 VIII.	gravă	în 11 VIII. inj. 80 cmc. ser	vindecat 15 VIII.	A venit în contact cu D. P. A beut apă din fântâna D. P.
5	B. G.	1 an 6 luni	b.	8 VIII.	11 VIII.	gravă	în 11 VIII. tratament simptomatic	sucombă 24 VIII.	Nepot cu D. P., frate cu B. E.
6	P. T.	53 ani	b.	10 VIII.	11 VIII.	mijlocie	Refuză	vindecat 29 VIII.	Vine bolnav de la seceriș

CAMPANIA ANTISIFILITICA

BISMJOCHIN 0.06

suspensie

BI METALIC PE 2 CMC

BISMOLIP 0.05

soluție

BI METALIC PE 1 CMC

HEXA BI 0.06

soluție

BI METALIC PE 1 CMC

FABRICA HYGEA CLUJ S.A.R BUCUREȘTI



In tuse de orice fel
pentru copii și adulți

Siroop de Ephetonină
contra tusei **Merck**

Gust plăcut
Intrebuințare economică

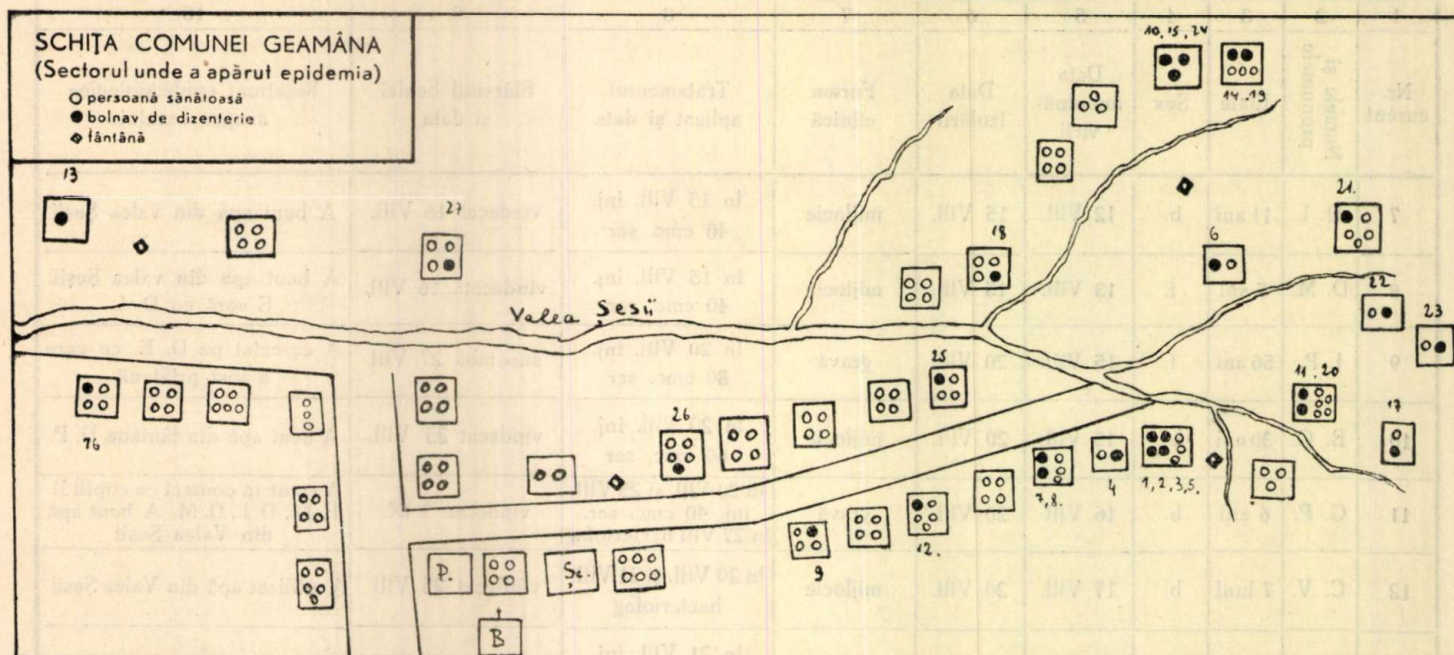


Ambalaje:
Flacoane originale cu aprox. 100 și 170 gr.

E. MERCK • DARMSTADT

Reprezentanța generală: Chimiroman, Farmacist Liviu Bancu, București I,
Str. T. G. Masaryk No. 32

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nr. curent	Numele și prenumele	Etate	Sex	Data îmbolnăvirii	Data izolării	Forma clinică	Tratamentul aplicat și data	Sfârșitul boalei și data	Relațiuni epidemiologice asupra cazului
7	D. I.	11 ani	b.	12 VIII.	15 VIII.	mijlocie	ln 15 VIII. inj. 40 cmc. ser	vindecat 16 VIII.	A beut apă din valea Șesii
8	D. M.	5 ani	f.	13 VIII.	15 VIII.	mijlocie	ln 15 VIII. inj. 40 cmc. ser	vindecată 16 VIII.	A beut apă din valea Șesii. E soră cu D. I.
9	I. P.	56 ani	f.	15 VIII.	20 VIII.	gravă	ln 20 VIII. inj. 80 cmc. ser	sucombă 27 VIII.	A cercetat pe D. E. cu care a fost prietenă
10	B. G.	30 ani	b.	15 VIII.	20 VIII.	mijlocie	ln 20 VIII. inj. 60 cmc. ser	vindecat 25 VIII.	A beut apă din fântâna D. P.
11	G. P.	6 ani	b.	16 VIII.	20 VIII.	gravă	ln 20 VIII și 25 VIII. inj. 40 cmc. ser. ln 27 VIII bacteriofag	vindecat 3 IX.	A venit în contact cu copiii B. E. D., D. I., D. M. A beut apă din Valea Șesii
12	C. V.	7 luni	b.	17 VIII.	20 VIII.	mijlocie	ln 20 VIII. și 21 VIII. bacteriofag	vindecat 25 VIII.	A utilizat apă din Valea Șesii
13	P. V.	33 ani	f.	17 VIII.	21 VIII.	ușoară	ln 21 VIII. inj. 60 cmc. ser	vindecată 25 VIII.	A beut apă din Valea Șesii
14	B. C.	2 ani	b.	18 VIII.	21 VIII.	mijlocie	ln 21 VIII. bacteriofag	vindecat 26 VIII.	A venit în contact cu B. G. (10) și B. E. (15)
15	B. E.	30 ani	f.	18 VIII.	21 VIII.	mijlocie	ln 21 VIII. inj. 40 cmc. ser	vindecată 26 VIII.	Soția lui B. G. (10)
16	C. P.	3 ani	b.	9 VIII.	21 VIII.	gravă	ln 21 VIII. inj. 40 cmc. ser	vindecat 25 VIII.	A beut apă din Valea Șesii
17	B. V.	45 ani	f.	20 VIII.	23 VIII.	gravă	ln 23 VIII. inj. 80 cmc. ser	vindecată 1 IX.	Contaminarea neprecizată
18	I. N.	20 ani	b.	21 VIII.	23 VIII.	mijlocie	ln 23 VIII. inj. 60 cmc. ser	vindecat 25 VIII.	Fiul lui I. P. (9)
19	H. S.	9 ani	f.	22 VIII.	23 VIII.	mijlocie	—	vindecată 1 IX.	A venit în contact cu B. G. (10), B. C. (14)
20	G. E.	8 ani	f.	23 VIII.	26 VIII.	ușoară	ln 26 VIII. inj. 40 cmc. ser	vindecată 27 VIII.	Soră cu G. P.
21	D. S.	15 ani	f.	26 VIII.	30 VIII.	ușoară	ln 30 VIII. inj. 40 cmc. ser	vindecată 1 IX.	Probabil a venit în contact cu T. V. și T. D.
22	T. V.	37 ani	b.	27 VIII.	30 VIII.	mijlocie	ln 30 VIII. inj. 60 cmc. ser	vindecat 6 IX.	A lucrat în gospodăria lui B. G. și B. E. (10 și 15)
23	T. D.	39 ani	b.	29 VIII.	30 VIII.	mijlocie	ln 30 IX. inj. 60 cmc. ser	vindecat 7 IX.	A lucrat în gospodăria lui B. G. și B. E. (10 și 15)
24	B. E.	2 ani	f.	31 VIII.	3 IX.	ușoară	ln 3 IX. bacteriofag	vindecată 8 IX.	Fiica lui B. G. și B. E. (10 și 15)
25	N. V.	45 ani	f.	1 IX.	3 IX.	mijlocie	ln 3 IX. inj. 60 cmc. ser	vindecată 5 IX.	Contaminarea neprecizată
26	C. M.	80 ani	f.	1 IX.	3 IX.	mijlocie	—	vindecată 7 IX.	A venit în contact cu I. P. (9)
27	I. T.	45 ani	b.	2 IX.	3 IX.	mijlocie	ln 3 IX și 4 IX. bacteriofag	vindecat 9 IX.	A cercetat toți bolonavi de dizenterie



Pentru a măsura intensitatea și forța de propagare a epidemiei am calculat morbiditatea pe decade. În prima decadă (20—31 Iulie) a fost de 62,81‰. În a doua (1—10 August) a fost 125,62‰. În a treia decadă (11—20 August) se adaugă cazurile hidrice și cele prin contact dela cele hidrice, și morbiditatea se urcă la 363‰. În a patra decadă (21—31 August), scade datorită măsurilor drastice amintite la 230,80‰, iar în a cincea (31 Aug.—9 Sept.) scade la 98,90‰ pentru a dispărea apoi.

Morbiditatea a fost calculată după formula:

$$Mo. = \frac{Nr. \text{ bolnavilor} \times K}{P} \times \frac{365 \ 24226}{x}$$

în care Mo. = morbiditatea, K = cifra la care raportăm morbiditatea, (100, 1000, 10.000, etc.). P = populația în localitatea în care se caută morbiditatea, x = timpul în zile pentru care se calculează morbiditatea, iar 365,24226 este numărul zilelor dintr'un an, — zecimalele sunt date de faptul că avem ani și cu 366 zile.

Letalitatea a fost 11,1‰.

Diagnosticul clinic a fost pus ușor. El nu comportă de altfel nicio greutate, tenesmele, scaunele frecvente, cu mucozități sângene și puroi formând o trlădă destul de concludentă.

Diagnosticul bacteriologic este și el ușor de pus când dispui de un microscop. El se face prin a) bacterioscopie — fie că se examinează preparatul nativ, fie că se fac însemnările și identificări a germenului prin metodele fermentative cu zahăr și b) prin reacția de aglutinare. În cazul epidemiei descrise laboratorul cel mai apropiat era la cale de 2 zile de comună. După 2 zile flora microbiană înăbușe bacilul dizenteric, identificarea lui în aceste condiții aproape regulat eșu-

ază. Am recurs la reacții de aglutinare. Ea a fost pozitivă pentru bacilul dizenteric Flexner și Y. Se înțelege că diagnosticul a fost pus retrospectiv și el a avut o valoare mai mult științifică decât practică.

Formele clinice ale cazurilor din această epidemie se pot vedea în coloana 7-a a tabelului. S'au observat 6 cazuri ușoare, 15 mijlocii, 6 grave. Două cazuri au avut evoluție cu recidive.

Clasificarea după gravitate este a Clinicii Medicale din Cluj.

Am considerat ca forme ușoare cele afebrile sau subfebrile (35,5°—38°), fără fenomene toxice și cu scaune mai puțin de unu pe oră.

Ca forme mijlocii am considerat cele cu febra de 38—39°, cu scaunele mai frecvente de 1—3 pe oră, însoțite de tenesme, cu fenomene generale toxice și de dehidratare (fața palidă, teroasă, ochii infundați în orbite, limba uscată, bolnavii slăbiți, adinamici, pulsul moale și celer).

În formele grave scaunele au fost sanghinolente și amestecate cu lambouri de mucoasă intestinală, dese tot la 10 minute cu colice și tenesme foarte intense. Fenomene generale toxice foarte alarmante: puls filiform, tahicard, extremități reci clonice cu hipertermie alternând cu hipotermie. Astfel a fost și cazul Nr. 9 care la început a prezentat o formă mijlocie apoi brusc a intrat într-o stare de adinamie cu puls mic, moale hipoton și a sucombat cu fenomene de comă.

Ca tratament specific am utilizat serul și bacteriofagul. Se vede din tabelă că serul a fost foarte eficient în aproape toate cazurile, făcând să dispară prompt tenesmele și scaunele sanghinolente și dese după 12—24 ore. Eficacitatea serului în această epidemie a fost aproape ca a serului antidizenteric (în epidemia din anul

1940 din comuna Vidra-Turda serul nu a fost așa eficient, acolo au fost de altfel mai multe cazuri grave decât ușoare și mijlocii). N'am observat niciun accident seric în niciun caz tratat.

Bacteriofagul administrat în 4 cazuri a dat rezultate bune, fenomenele amendându-se în toate cazurile, nu a dat însă rezultate așa rapide ca serul. Alături de medicația specificată am ținut bolnavii la regim i-am purgat ușor cu sare de Karlsbad în primele zile.

Din cele expuse se pot desprinde următoarele concluzii:

1. Epidemia de dizenterie din comuna Geamăna a avut ca origine 5 cazuri imbolnăvite prin contact dela o bolnavă ce a adus boala din altă localitate. Incepută prin contact epidemia a devenit hidrică, pentru a se termina iarăși prin cazuri prin contact.

Devenită hidrică epidemia n'a cuprins un număr considerabil de cazuri numai datorită faptului că din sursa infectată s'au alimentat cu apă un număr redus de persoane, aceasta din cauza diseminării caselor pe o mare suprafață.

2. Măsurile de profilaxie într-o epidemie dată nu

se adresează cu egală intensitate atât izvorului de infecție (omul bolnav) cât și căilor de transmitere și omului sănătos din jurul bolnavului, sunt insuficiente și neeficace.

Izolarea la domiciliu este imposibilă de realizat acolo unde factorii sociali nu o permit (sărăcie, promiscuitate, lipsă de igienă în viața familială). În cele mai multe cazuri izolarea în aceste condiții este practic egală cu zero.

În cazul epidemiei din Geamăna, obligat de împrejurări, am făcut izolarea la domiciliu. Ea a fost insuficientă și consecințele s'au văzut. A trebuit completată cu aspre măsuri de poliție sanitară pentru a stăvili epidemia.

3. Diagnosticul bacteriologic s'a făcut prin titrarea aglutinelor antidizenterice. El a fost pus retrospectiv, și a arătat ca agent cauzal bacilul dizenteric Flexner și Y din grupa atoxică.

4. Tratamentul cu ser a fost foarte eficient făcând să dispară prompt fenomenele morbide în 12—24 ore. Bacteriofagul a dat rezultate bune dar nu așa rapide ca serul.

Organizare sanitară de război

Considerațiuni asupra organizării, funcționării și activității Spitalelor de Zonă Interioară de pe teritoriul Comandamentului 7 Teritorial

de

Medic Colonel Dr. G. Preda

Șeful Serviciului Sanitar din C. 7 T.

I. Considerațiuni generale

Mobilizarea spitalelor Z. I., ca oricare mobilizare, a fost pregătită din timp prin numeroase lucrări și instrucțiuni.

Spitalele Z. I. de pe teritoriul Comandamentului 7 Teritorial au început să funcționeze dela 1 August 1941.

Grupele de spitale, repartizarea lor. Dela 1 August 1941 până la 1 Decembrie 1941 s'au organizat și au funcționat pe teritoriul Comandamentului 46 spitale, în care s'au îngrijit răniți militari.

Aceste spitale au fost repartizate precum urmează:

Grupa A, șase spitale militare, care fiind spitale militare existente în timp de pace, s'au administrat după legile și regulamentele militare.

Aceste spitale au funcționat în garnizoanele: Arad, Turnu-Severin, Tg.-Jiu, (Spitalul Militar refugiat din Satu-Mare), Sibiu, Timișoara și Lugoj.

Grupa B, 27 spitale militarizate, care după D. M. au fost înființate după decretarea mobilizării și s'au administrat de armată, ca și cele din grupa A.

Aceste spitale au funcționat în garnizoanele: Deva, Gura-Barza, Arad, Turnu-Severin, Târgu-Jiu, Sibiu, Ocna-Sibiului, Avrig, Săliște, Porcești, Timișoara, Caransebeș, Băile Herculane.

Grupa C, 13 spitale, care după D. M. erau spitale civile (militarizate sau nu), cu administrație proprie ca personal și ca norme de conducere. Aceste spitale au funcționat în garnizoanele: Arad, Turnu-Severin, Dobrița-Gorj, Sibiu, Timișoara, Oravița, Anina, Reșița, Steierdorf, Bocșa-Montană.

Unele din aceste spitale fiind organizate în cea mai mare parte de Soc. Crucea Roșie, se intitulau ca **Spitale de Cruce Roșie**, acestea sunt: în Deva, Turnu-Severin și Oravița.

Spitalele din grupa A, cu excepția spitalului din Satu-Mare și din Lugoj, aveau localul propriu.

Spitalele din grupa B ocupau diverse localuri, astfel 3 spitale ocupau școli normale, 3 spitale ocupau cămine de ucenci sau orfani, 1 spital ocupa internatul Diecezan, 2 spitale ocupau institute de călugărițe, 9 spitale ocupau licee sau internate de licee, 1 spital ocupa

o școală de Menaj și Gospodărie, 2 spitale ocupau școli primare, 2 spitale ocupau hoteluri de stat la băi, 1 spital era în localul spitalului județean, 1 spital era într'un sanator militar, 1 spital era într'un sanator particular, 1 spital era instalat în o parte a clădirii unei primării.

Nu toate spitalele din această grupă ocupau o singură clădire, unele erau instalate în două sau mai multe clădiri sau anexe. Toate localurile în care s'au instalat spitalele militarizate din grupa B au fost amenajate îngrijirii spitalicești cu sume de bani date de: Ministerul Sănătății prin Inspectoratele Sanitare sau Serviciile Sanitare Județene, la care sau adăugat sprijinul organelor administrative locale, acel al Soc. Crucea Roșie și mai ales al M. A. N. prin Cercurile de Recrutare, cărora le revenea sarcina organizării lor.

Toate spitalele au fost în seama Cercurilor de Recrutare și au depins deci de Comandamentul 7 Teritorial, Ministerul Sănătății având numai un rol ca să doteze spitalele cu efecte spitalicești și material sanitar.

Efectivul paturilor. În cele 46 spitale de pe teritoriul Comandamentului s'au instalat 10.252 paturi, repartizate pe garnizoane dupăcum urmează: În garnizoana Turnu-Severin 870 paturi, Deva 475 paturi, Gura-Barza 320, Dobrița-Gorj 7 paturi la Sanatorul de Tuberculoși, Târgu-Jiu 1260 paturi, Sibiu 1410, Ocna-Sibiului 400, Avrig 100, Săliște 100, Porcești 400, Oravița 120, Anina 140, Reșița 150, Bocșa-Montană 40, Steierdorf 220, Timișoara 1150, Lugoj 300, Caransebeș 930, Băile Herculane 1090, Arad 770.

S'a întâmplat ca unele spitale Z. I. să nu-și aibă ocupate paturile complet niciodată, în schimb alte spitale au fost obligate de împrejurări să-și pună temporar paturi suplimentare.

II. Organizarea spitalelor

A. Personalul. Personalul medical și farmaceutic al spitalelor Z. I. a fost concentrat de Marele Stat Major conform carnetelor de mobilizare sau după alte noi dispozițiuni.

S'a dispus ca la fiecare spital să fie 2 medici și un student la 100 de răniți.

Personalul sanitar auxiliar s'a mobilizat sau rechiziționat de Cercurile de Recrutare respective. Când în localitatea respectivă nu se găsea ușor un astfel de personal, s'a angajat ca personal sanitar auxiliar persoane ce făceau parte din personalul de asistență, (Doamne dela Crucea Roșie sau din cele obligate la munca obștească, monahe, surori de caritate, etc.) și care urmasse cursurile de infirmieră.

Personalul administrativ a fost mobilizat sau rechiziționat de Cercul de Recrutare respectiv. Din lipsa de personal specializat în administrație cele mai multe spitale au fost încadrate cu persoane ce nu numai că nu cunoșteau bine formalitățile administrative militare,

dar nu erau familiarizate nici cu aprovizionarea unui spital. Acest fapt împovăra pe medicii șefi de spitale, care trebuia să se ocupe de aproape tot timpul cu probleme administrative și birocratice.

Trupa rechiziționată de Cercul de recrutare, era formată din milițieni fără nicio pregătire (sanitară), așa că randamentul muncii lor a fost redus. Mai târziu milițienii au fost înlocuiți prin premilitari, cari încă nu au putut presta suficient față de necesitățile spitalului.

Dacă unele spitale Z. I. nu au suferit mult în funcționarea lor depe urma acestor neajunsuri, aceasta se datorește muncii neobosite a Doamnelor din asistența socială.

Această „oaste albă” cum o numeau răniții, era utilizată în:

a) Aplicarea regulilor de igienă (curățenie) și a prescripțiilor medicale, care asigurau succesul vindecării. Asepsia, antisepsia, aplicarea pansamentelor și a primelor îngrijiri intrau de multeori în atribuțiile lor;

b) Ele susțineau morala răniților și ca niște membri ai familiei rănitului căutau prin cuvinte blânde, pline de gingășie și compătimire să facă suferința mai puțin acută și vindecarea mai promptă;

c) Ele se devotau gospodăriei spitalelor, în special aprovizionării, preparării hranei și ca niște bune albine lucrătoare, nu numai că adunau daruri și ofrande, dar purtau grije deosebită completării echipamentului răniților;

d) Supliniau cu mult zel și pricepere în unele spitale pe arhivar, secretar, ținând la curent registrele și fișierele.

Munca atât de folositoare pentru răniți, depusă de doamnele din asistență, a îndemnat pe domnul General I. Pleniceanu, Comandant al C. VII T. nu numai să le aducă mulțumiri cu ocazia inspecțiilor, dar să dispună ca cele mai vrednice să îndeplinească funcția de inspectoare a doamnelor dela mai multe spitale din garnizoană sau din o regiune dată. La unele spitale instalate în școli sau internate s'au rechiziționat pentru spital și o parte din personalul școlii sau internatului.

B. Material. Spitalele militare permanente au fost dotate și aprovizionate în marginile posibilității cu materiale sanitare din depozitele sanitare militare.

Spitalele Crucii Roșie au fost dotate și aprovizionate cu materiale sanitare tot în marginile posibilității de către Soc. Crucea Roșie.

Spitalele militarizate au fost dotate cu efecte spitalicești, material sanitar, instrumentar și farmaceutic, de către Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

Eventualele lipsuri au trebuit să fie completate prin rechizițiile întreprinse de către Cercurile de Recrutare.

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

în camere pt. două persoane dela RM-9

în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Backmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmeler**
Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnhof Seebrugg (Deutschland)

LA GRIPĂ ȘI
TOATE CELELALTE
MALADII FEBRILE
DIN CAUZA RĂCELII

QUADRONAL

ANALGEZIC
ȘI
ANTIPIRETIC
verificat

★

TUB ă 10 TABLETE
TUB ă 20 TABLETE
ETUIS ă 6 TABLETE



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

GEDEON RICHTER S. A.

București V, strada Logofătul Tăut Nr. 99

— TELEFON 56903 —

Preparate noi

Profecundin

(Vitamina E.) vitamina reproducției

Tablete și soluție

1 tabletă sau 1 cc. sol. = 0,01 gr. vitamina E.

Sinthoestrin

Fiole și tablete

Preparat oestrogen sintetic cu formula:

4 4' Dipropionil-oxi-alfa beta-dietilstilben
acțiune identică cu a hormonului folicular

1 fiolă sau o tabletă = 1 mgr. substanță, corespunzând efectului a 10.000 U. I.
hormon folicular cristalizat.

Autoritățile militare și cele administrative, civile din localitatea respectivă, Soc. Crucea Roșie locală, Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale, societățile de binefacere, diferite comunități și întreprinderi particulare și chiar singurate persoane au adus sprijinul și contribuția lor la înzestrarea spitalelor cu cele strict necesare.

Fiecare spital de Z. I. indică în darea de seamă contribuția adusă pentru dotarea spitalelor de instituțiile, autoritățile și oamenii de bine.

În general putem zice că: Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, Ministerul Apărării Naționale, Ministerul Culturii Naționale, Ministerul de Interne, Inaltele foruri bisericești, Societatea Crucea Roșie și Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale au contribuit direct sau prin organele subalterne la organizarea aproape a tuturor spitalelor Z. I. de pe teritoriul comandamentului.

Prețioase contribuții au mai adus direcția C. F. R., care a pus la dispoziția spitalelor autobusele necesare transportării răniților.

Direcția Tramvaelor Sibiu, a pus vagoane amenajate special pentru transportul acestor răniți dela gară la spitale.

Societatea Minieră Reșița și Anina, care prin cele 2% (acordat benevol de angajați din salariul lor) a realizat sume însemnate (100.000 Lei lunar) pentru îngrijirea răniților din spitalele Casei de Asigurări Sociale: Societatea „Mica”, care a îngriit de spitalul din Gura-Barza; Liga contra Tuberculozei pentru ajutorul dat spitalului din Dobrița; Dispensarul C. F. R. care a ajutat spitalul din Turnu-Severin; Fabrica de cuțite din Ocna-Sibiului, care a ajutat spitalul din această localitate; Fabrica „Mârșa”, Avrig, care a ajutat spitalul din aceeași localitate; Întreprinderea „Românolir”, care a ajutat un spital din Sibiu; Hotelurile și vilele particulare din Ocna-Sibiului și Mehadia, care au contribuit cu materialul din clădirile respective; Institutele de călugărițe „Sfânta Maria” din Turnu-Severin, „Ursuline” din Sibiu, „Notre-Dame” din Oravița, precum și sanatoriile particulare „Aurora Banatului” din Stierdorf, „Dr. Welicek” din Bocșa-Montană, „Bruckenthal” din Avrig, care au pus cu multă bunăvoință localurile, o parte din personal și materialul din clădirile respective la dispoziția spitalului, ce s'a instalat în ele; Multe reununi confesionale feminine, ca și societăți de binefacere și ajutor (în special „Principele Mircea”), care au ajutat prin filialele lor spitalele din localitățile respective.

Este locul cred să menționez aci gestul frumos al unor medici dela spitalele lipsite de aparat instrumentar, care și-au adus și au pus la dispoziția spitalului toate instrumentele și aparatele proprii, de care să se poată servi în îngrijirea și tratamentul răniților.

C. *Donățiuni.* Este imposibil să se poată enumera numeroasele și variatele daruri și donațiuni făcute spitalelor din partea particularilor.

Ele constau în alimente, băuturi, țigări, cărți, reviste, ziare etc.

La unele spitale s'au dăruit și efecte de corp și de pat.

Dragostea și admirația pentru bravii noștri răniți arătată cu ocazia primirii lor în gări, (primiri făcute cu muzică, flori etc.) s'a continuat și după intrarea lor în spitale. Nu pot cita numele tuturor donatorilor, nici ceea ce s'a adus pentru fiecare spital, este de ajuns să menționez, că numai în spitalele din S. biu și împrejurimi peste 500 de donatori au trimis ofrande pentru numărul răniților din spitalul pe care îl alegea.

III. Funcționarea

a) *Funcționarea spitalelor Z. I.* s'a făcut conform instrucțiunilor M. A. N. Direcția Generală Sanitară.

b) *Activitatea medicală.* După categoria lor (chirurgie, mixtă etc.) spitalele își aveau mai multe servicii în care funcționa o echipă de personal medical (din specialitatea respectivă serviciului) cu personal sanitar auxiliar și cu personal de asistență corespunzător.

Iată în rezumat modul cum funcționa serviciul de răniți în garnizoană și în spital.

Răniții aduși cu trenurile sanitare (fie că erau evacuați dela alte spitale, fie că veneau direct din zona frontului) erau primiți în gară de personalul dela infirmeria și cantina din gară (organizate de Soc. Crucea Roșie), de medicul garnizoanei și de medicii șefi (sau delegații lor) ai spitalelor Z. I. din garnizoană împreună cu personalul sanitar inferior necesar transportării răniților.

După ce răniții erau primiți în gară (unde li se dădea ceai, țigări, prăjituri din partea doamnelor dela Crucea Roșie) erau triați și transportați cu mașini, camioane, trăsuri etc.). Fiecare spital primea un număr de răniți în raport cu paturile libere de care dispunea.

Odată ajuns la spital, li se administra o băutură caldă (în cazul când nu primise în gară) și apoi erau desbrăcați, îmbăiați și conduși în sala de pansamente, unde li se dădea îngrijirea medicală necesară.

Hainele lor se treceau la etuvă, apoi le trimiteau la depozitele de reechipare.

În general s'au observat, că la sosirea lor mulți răniți aveau bandaje ghipsate, (după gravitatea leziunii) unele din aceste bandaje erau murdare, iar ferestrele bandajelor fiind insuficient închise se cauzau supurații. Negreșit, că s'au înlocuit bandajele, făcându-se intervențiile necesare, mai ales pentru acei, ce aveau proiectilul înăuntru.

La cei mai mulți sosiți de pe front, atât bandajele, cât și hainele erau pline de sânge. Foarte rar au

fost acei ce au venit cu plăgi gangrenate, sfacelate și dureroase, cari au impus îngrijiri urgente și deosebite. Toți răniții au declarat, că au primit primele îngrijiri chiar pe câmpul de luptă, ceea ce dovedește, că cu toate greutățile inerente luptei, medicii și-au făcut datoria în primele rânduri de pe front.

Activitatea în spital se execută după un orar și un program, care era același la aproape toate spitalele.

În fiecare Duminică și sărbători se făcea serviciu religios.

Unele spitale dădeau pe lângă tratament mai multă atenție educației fizice și ostășești, altele părții culturale și religioase, altele muziceii.

Din însemnările primite până la 1 Dec. 1941, constatăm că în aceste spitale s'au îngrijit 12 888 răniți.

Dintre aceștia au eșit vindecați 4221, în concediu medical 3241, evacuați 1203, clasați 451, (din care 1 ofițer rez., 2 plutonieri și 448 trupă). Morți 34 și au mai rămas în spitale la 1 Dec. 1941 un număr de 3738 răniți.

S'au făcut peste 1000 intervenții chirurgicale (în frunte stau clinicile din Sibiu cu 185 intervenții mari), s'au executat peste 2000 radiografii și numeroase radioscopii, mecano-fizioterapie s'a aplicat la peste 2000 răniți. În sfârșit s'au aplicat numeroase aparate gipsate, pansamente și s'au făcut numeroase injecțiuni cu seruri și vaccinuri.

Pentru a înlesni tratamentul unui număr cât mai mare de răniți cu turburări ce impun o fizioterapie s'a creiat în Sibiu (în afara centrului dela clinicile universitare, care servia ambulatoric răniții din garnizoană) un mic centru cu 40 paturi la Spitalul de Boli Nervoase și Mintale din Sibiu, în sălile din Secția destinată cancerosilor, și care ni s'a pus la dispoziție de directorul institutului respectiv.

Acest centru primea răniți depe zona comandamentului și a putut da îngrijiri la peste 100 de răniți.

Evacuarea răniților în spitalele din aceeași garnizoană nu se putea face decât în interesul rănitului, când se trimetea de exemplu într'un centru chirurgical pentru operație.

Nu au existat *epidemii de boale infecto-contagioase* printre răniții din spitalele Z. I. și cele câteva cazuri sporadice s'au evacuat la timp în secțiile respective de contagioși. Cu toate măsurile foarte stricte de deparazitare luate pentru răniții veniți dintr'o regiune, unde tifosul exantematic este aproape endemic, totuși Comandamentul s'a ocupat de aproape cu prevenirea boalelor contagioase. În acest scop el a ținut strânsă legătură cu delegații birourilor epidemice și a colaborat de aproape atât cu Institutul de Igienă al Universității din Cluj-Sibiu, cât și cu Serviciul Sanitar,

care comunica regulat mersul epidemiilor din comunele de pe teritoriul comandamentului.

Colaborarea s'a dovedit de a fi de un real folos cu ocazia ivirii epidemiei tifosului exantematic la lagărul de prizonieri din Crăciunești, când echipele Institutului de Igienă prin cercetările și măsurile de combatere luate, au putut evidenția nu numai pricepere tehnică, dar și zel deosebit pus pentru interesul armatei.

C. Activitatea administrativă. Funcționarea spitalelor Z. I. din punct de vedere administrativ a fost controlată și condusă de serviciul intendenței.

Din dările de seamă a spitalelor reiese, că alocația de hrană a fost suficientă pentru timpul de până acum, cea de întreținere însă este recunoscută prea mică.

În cât privește aprovizionarea ea se făcea în mare parte dela depozitele de subzistență ale Armatei.

Hrana ce se dădea în general răniților consta: dimineața cafea cu lapte sau ceai cu pâine.

La amiază o supă, o legumă și o mâncare cu carne.

Seara o supă, o legumă și o mâncare cu carne.

Odată sau de două ori pe săptămână nu se servea carne.

Cel puțin de două ori pe săptămână se servea la prânz și seara câte o prăjitură.

În unele spitale se acorda tuturor răniților un ceai sau lapte la ora 4 după masă. În altele numai răniților mai gravi sau convalescenților se dădea la ora 11 a. m. și 5 p. m. lapte, pâine cu unt sau marmeladă, sau compot etc.

Negreșit că dacă erau răniți sau bolnavi ce necesitau regimuri speciale sau suplimente li se acordau conform prescripției medicului.

Trebue să menționez, că greutățile administrative au fost ușurate prin buna înțelegere ce au găsit medicii la Serviciul Intendenței din Comandament și în special la Șeful Serviciului, care a căutat să ia toate măsurile (bineînțele în cadrul legilor militare) pentru a înlesni buna funcționare a spitalelor.

IV. Educația religioasă și culturală

În afară de instrucția și educația fizică executată conform dispozițiilor M. A. N. s'a întreprins la răniții din spitale și o educație religioasă și culturală.

Fiecare spital își avea preotul său, care făcea servicii religioase în mod regulat în Dumineci și sărbători, însoțindu-le cu predici cu caracter moral și religios.

Dacă preoții își au un rol covârșitor pe câmpul de luptă nu mai puțin rolul lor este important și în zona interioară pe lângă răniții din spitale.

Diferite societăți culturale, reprezentanți ai bisericii, doamne dela Crucea Roșie, directori de reviste și de ziare, au pus cu multă bunăvoință la dispoziția

răniților cărți (de rugăciuni, populare etc.), reviste și jurnale pentru lectură.

Orchestre, societăți muzicale și de teatru au venit uneori în mijlocul răniților din spitale ca să-i distreze.

În scopul de a se procura acestor răniți momente de desfătare și de înălțare sufletească, conducătorii de spitale au organizat aproape săptămânal cu răniții și personalul din spital sau cu persoane dinafara spitalului șezători cu conferințe sau cântări, muzică, cântece, recitări, teatru etc.

Aceste șezători constituiau prilej de a le reaminti îndatoririle prezente și viitoare, precum și bunele noastre datini și tradiții.

Se evidențiază cu această ocazie talentele tinerilor noștri dela țară, deoarece răniții erau și autorii a multor poezii recitate sau a scenetelor de teatru jucate, de asemenea corurile cari se produceau cu ocazia acestor șezători erau compuse dintre răniți. Există o întrecere între acești răniți de a scoate la iveală talentul lor de poet, prozator sau actor.

În aceste 4 luni de activitate au avut loc în spitalele noastre peste 600 șezători sau serbări, toate aproape cu același program.

V. Inspecții și vizite

Inspecțiunile și controlul se execută în spitale de către organele militare superioare respective.

Spitalele Z. I. au fost vizitate des de înalte personalități. Menționez vizita M. S. Regina Elena (Timișoara), a doamnei Mareșal Antonescu, a I. P. S. Mitropolit al Ardealului, a domnului ministru Dr. P. Tomescu, a doamnelor din Consiliul de patronaj, etc.

VI. Colaborări

Pentru a se asigura bunul mers al spitalelor Z. I. și pentru a se asigura buna conlucrare dintre medicii șefi ai spitalelor din aceeași garnizoană, M. A. N. de comun acord cu M. S. au luat dispoziția ca medicii șefi de spitale și de servicii din garnizoană să se reunească în ședințe prezidate de medicul cel mai mare în grad, în care să se discute și să se ia măsuri de soluționare a problemelor ce priveau serviciul sanitar local și care aveau raport cu îngrijirea răniților.

Spitalele Z. I. au colaborat în activitatea lor nu numai cu instituțiile sanitare civile, dar și cu Soc. Crucea Roșie, precum și cu alte societăți culturale și filantropice din localitate.

Probleme paramedicale

Entitatea psiho-fizică

de

Dr. Emil I. Bologa,

Asistent Universitar

Activitățile organismului nostru se împart în două mari categorii: *activități mintale și activități fiziologice*. Aceste două feluri de manifestări ale omului au fost mult timp considerate ca aparținând unor medii cu totul separate, din cauză că, pentru studierea lor a trebuit să se utilizeze metode deosebite. Greșeala mare a filosofiei cartiene constă chiar în aceea, că a crezut și a promovat drept realitate această eterogenitate a fizicului și a psihicului.

Renașterea a fost acea epocă, în care s'a încercat înfrățirea acestor două mari componente ale ființei noastre. Dar dela Renaștere încoace, până aproape de zilele noastre, greșeala de a plasa pe trepte de importanță diferite anumite aspecte din noi înșine, a continuat. Materia a fost despărțită de spirit, sau mai exact, omul a fost din ce în ce mai despărțit de sufletețul său. Cu timpul însă, necesitatea unei cunoașteri cât mai profunde a problemei umane, s'a resimțit din ce în ce. Astfel apare pe firmamentul operei de cunoaștere a omului, numele lui Kretschmer. Acesta

împreună cu școala sa au fost primii, care au pus bazele unei științe ce avea drept scop studierea acestei dileme psiho-organice.

Ce legătură există între psihic și fizic?

Reprezintă fizicul oglinda psihicului nostru?

Corespond asemănarilor fizice, asemănări psihice?

Avem dreptul de a vorbi separat de fizicul și de psihicul omenesc?

Anumite tipuri fizice predispun la anumite boli ale psihicului?

Iată problemele pe care și le pune școala marelui Kretschmer. Nu trebuie să uităm că, „corpul și sufletul sunt imagini ale aceluiași obiect”.

Nu s'au putut stabili până în prezent corespondențe certe între anumite însușiri sufletești distinctive și anumite conformații biologice. Adeseori tendințe morale omogene se întâlnesc întovărite de structuri biologice variate, și invers. Individualitatea popoarelor nu se datorește atât factorului rasic, cât mediilor deosebite, care influențează și modelează o structură într'un anumit

fel. Sunt popoare cu o puternică individualitate și cu pregnante caractere distinctive, care totuși biologicește s'au alcătuit din mai multe tipuri de rasă.

Tendința de a se întemeia individualitatea psihică națională pe caractere biologice speciale, ca pe un fundament mai solid, poate fi controversată. Sunt exemple, care par să arate că tipul biologic se disolvă mai ușor prin acțiunea mediului și a ambianței, decât individualitatea psihologică. Iată concluziile d-lui Ion Petrovici (Viața și opera lui Kant — 1936), pe care le și exemplifică, aducând date din albumul antropologic al lui G. Lakhorsky, în care autorul observă o serie de evrei și evreice stabilite în China, având tipul autentic al rasei galbene, iar alții în Africa, cu tipul rasei negre, și care cu toate acestea și-au păstrat datinele și conștiința evreiască.

Pentru clasificarea de grup a omului după componența sa fizică, s'a întrebuințat metoda măsurătorilor. Măsurarea diferitor segmente ale corpului și raportarea lor unele față de celelalte, față de înălțime și greutate, a permis clasificarea omului din punct de vedere fizic în anumite tipuri.

Clasificarea clasică reduce omul la 3 tipuri:

1. Tipul leptosom (sau astenic);
2. Tipul athletic;
3. Tipul picnic.

Aceste tipuri nu semnifică însă ceva morbid, ci unele predispozițiuni biologice.

1. Tipul astenic

Termenul de astenic a fost introdus de Stiller. Habitusul astenic masculin ne face următoarea impresie: creșterea scăzută în lățime, normală în lungime. Din copilărie deja astenicii sunt delicați, slabi chiar din cauza creșterii prea rapide. Ca adulți nu manifestă tendințe la îngrășare. Bătrânețea prematură ne frapază ca un important stigmat biologic al astenicilor. Astenicii nu au musculatură. Disproporția între talie și greutate este accentuată (la femei mai puțin sesizabilă). Leptosomii sunt tipuri de indivizi caracterizați prin corp și față îngustă și nas ascuțit (leptos = strâmt).

2. Tipul athletic

Acest tip este caracterizat de un schelet osos bine conformat, acoperit de o musculatură puternică și de un epiderm foarte dezvoltat. Indivizii de acest tip prezintă o statură mijlocie, un torace și o centură scapulară puternice, extremități mai mult lungi și un relief osos vizibil. Grăsimea lipsește. Talia lor trece numai cu puțin peste medie. Basinel femeilor atletice este foarte departe de idealul frumuseții feminine, fiind foarte dezvoltat.

3. Tipul picnic

Tipul picnic este caracterizat prin marea dezvoltare a cavităților viscerale (craniu, torace, abdomen) și tendința lui la îngrășare. Picnicul atinge maximumul dezvoltării sale abia la mijlocul vieții. De unde la atletice ne impresiona lărgimea toracelui în porțiunea sa superioară, la picnic toracele este mai mult dezvoltat în partea sa mediană. Extremitățile picnicului sunt scurte față rotundă, iar mușchii de volum moderat și de consistență moale. Talia picnicului este în medie de 1,67 m., iar greutatea calculată proporțional la înălțime, prea mare. Tipul picnic este net caracterizat prin schelet și este un tip stabil, care nu prezintă variațiuni. Amestecurile cu tipul athletic nu sunt rare. Habitusul își atinge expresia perfectă la vârsta adultă. Nu rareori tineri, care la vârsta de 20 de ani prezentau o morfologie cu totul atipică (față lungă, structură corporală strâmtă), se modifică mai târziu într'un sens cu totul picnic.

Din punctul de vedere al predispozițiilor morbide ale diferitelor tipuri constituționale, astenicul este predispus la tuberculoză, însă manifestă o oarecare imunitate — dacă putem spune astfel — față de reumatism, diabet și arterio-scleroză, boli, pentru cari picnicul manifestă predispoziție. Tuberculoza la picnicici se observă într'un procent foarte redus. Intre diferitele tipuri nu există limite bine definite.

În cele ce urmează vom aminti o parte din importante noțiuni, care astăzi se leagă de tipologie și care sunt consecința lucrărilor atât de originale și serioase ale marelui Kretschmer, și de relațiile dintre tip și psihic normal, pentru ca într-o a doua parte a acestei lucrări să ne ocupăm de relațiunile dintre fizic și maladie psihică.

În studiul aspectului tipului constituțional, craniul a jucat întotdeauna un mare rol. Înainte, craniului care era considerat capsula creierului, i se dădea o mare importanță în diagnosticul bolilor mintale (Gall). Pe atunci domnea concepția după care „boală mintală înseamnă boală cerebrală”. Totuși craniometria ca știință ne-a rămas dela Gall.

Astăzi craniul este considerat ca un intermediar, prin care cauze complexe (chimico-endocrine) acționează asupra psihicului. Glandele endocrine sunt acelea, care influențează cele două fenomene paralele, personalitatea psihică și structura corpului. De ex. tiroida. Psihicului unui cretin îi corespunde un anumit tip.

În ceea ce privește capul, Kretschmer spunea: „le visage est la carte de visite de la constitution entière”.

În unele cazuri însă, putem observa lipsa de paralelism dintre craniu și restul constituției. Astfel, capul picnic pe un corp astenic, sau invers. La capul astenic ne impresionează disproporția dintre lungimea nasului, care este exagerată și hipoplazia maxilarului inferior,

care este cu 0,5 cm. mai îngust la astenici ca la celelalte tipuri.

O față picnică este imaginea fidelă a structurii corpului picnic (rotund, lat). În ceea ce privește suprafața corpului ne vor interesa mai mult: aparatul pilos, colorația pielii, aparatul vaso-motor și vasele. Cunoaștem raportul intim care există între sistemul pilos și cel endocrin. Localizarea precisă a perilor este foarte importantă. Tendința la calviție se observă mai ales la picnici. Barba picnicilor este regulat distribuită pe suprafața feței, părul axilar și pubian fiind foarte bine dezvoltat. Rareori, părul de pe piept lipsește la picnici.

La astenici, părul cefei se continuă pe o porțiune a coloanei vertebrale, sprâncenele se unesc la rădăcina nasului, iar calviția este cu mult mai rară. Barba rămâne cel mai adeseori slab reprezentată și este neregulat distribuită pe suprafața feței, predominând la nivelul bărbii și al buzei superioare. Părul axilar și pubian sunt mediu dezvoltate.

Un sistem pilos abundent și normal distribuit, caracterizează grupul athletic.

Cu toate că nu este încă locul, trebuie să amintim afinitatea biologică netă, care există între structura picnică și dispoziția psihică maniaco-depresivă (circulară) pe de o parte și aceeași afinitate între tipul astenic-atletic și dispoziția schizoidă, constatări, cari ne ajută la stabilirea unor remarcări de mare importanță în stabilirea unui diagnostic.

În ceea ce privește pielea, distincțiunile cele mai interesante se raportează la sistemul vascular și la colorația pielii. Pielea circularilor este roză-rosie, pe când a schizofrenilor pală. Pielea circularilor este roșie la nivelul feței, mai ales pe nas și pomeți și prezintă o sensibilitate pronunțată față de iritațiunile termice și excitațiunile afective. Circularii prezintă după cum am văzut predispoziție la arterio-scleroză. „Inima în picătură” este des constatată la astenici, a căror undă pulsatilă radială este mică și fragilă. Cianoza mâinilor și picioarelor care sunt umede și livide, constituie o particularitate a schizofrenicilor, cu atât mai mult, că ea contrastează la aceștia cu paloarea feței.

În ceea ce privește tipurile displazice speciale, acestea, spre deosebire de circulari, la schizofreni constituie o proporție importantă. Notăm astfel grupul eunucoizilor, staturile mari, masculinismele (la femei), obzeșitățile poliglandulare, grupul hipoplazicilor și infantililor, acromicria (hipoplazia electivă a terminațiunilor membrelor), tipul facial hipoplazic, și tot atâtea alte categorii de displazii pe care nu este locul să le descriem în lucrarea de față.

Pentru glande și viscere, s'au observat deja de mult anumite simpatii morbide. Astfel, frecvența tuberculozei la demenții precoci. Kretschmer descrie frec-

vența tiroidelor mari la bolnavele circulare, fapt observat și de noi și rar întâlnit la schizofreni. Simptomele basedowiene sunt de asemenea rare la schizofreni. Glandelor sexuale li s'a dat o mai mare importanță în cursul studiului schizofreniei. De fapt, turburările schizofrenice apar cu predilecție în epoca puberală. Variațiunile în sens structural disgenital eunucoid sau infantil, sunt frecvente la schizofreni. Sarcina și nașterea sunt momente decisive, critice, la femeile cu predispozițiuni psihotice, fie ele schizoide sau circulare. S'a observat cum castrarea unui individ normal, duce la turburări cu caracter schizoid. Instinctul sexual nu este un produs al glandelor sexuale, ci al unui ciclu cauzal complicat, compus din creier, măduvă și glandă, rolul cel mai mare revenind glandei sexuale. Instinctul sexual formează deci o parte integrantă și inseparabilă din temperamentul general. Vieța sexuală a schizofrenilor și circularilor prezintă diferențe mari. Instinctul sexual al individului cu dispozițiuni circulare, este de obicei simplu, natural și viu (nu vorbim aci de psihotici). La hipomaniaci este exagerat. La schizofreni vieța sexuală este mult mai complicată. Temperamentul este deseori nul. Ei ne povestesc că nu simt atracție deosebită pentru sexul opus, și că masturbația îi satisface pe deplin. Mulți dintre ei manifestă tendințe homosexuale sau sadice. Travestiții fac parte aproape exclusiv din grupul astenic cu tendințe eunucoide. Timiditatea este comună viitorilor schizofreni.

Sistemul nervos central și glandele endocrine se influențează reciproc printr'un joc de excitațiuni și reacțiuni, care se efectuează pe cale nervoasă sau sanghină.

În ceea ce privește formarea constituției, trebuie specificat, că structura corpului și psihoza nu prezintă un raport clinic direct. Astenicul posedă tara schizofrenică ca un caracter latent, iar picnicii pe cea circulară. Totuși structura corpului nu trebuie luată în considerare într'un mod exagerat, ea ne reprezentând un simptom al psihozei. Ambele sunt însă simptome parțiale ale ansamblului constituțional, care reprezintă baza lor. Studiile care au privit concomitent problema constituției și a rasei, au dovedit că tipul astenic corespunde rasei nordice, tipul picnic celui alpine, iar cel athletic rasei dinarice.

Am semnalat latența caracterelor schizoide sau circulare la astenici și picnici. Există aceste corelațiuni și între temperament și tip? Putem afirma că ne vom înșela rareori, dacă privind constituția unui individ ne vom gândi la temperamentul și caracterul care trebuie să corespundă tipului respectiv?

Temperamentele au fost clasificate în cicloide și schizoide. Desemnăm sub numele de schizoid și cicloid personalități anormale, oscilând la limita dintre boală și sănătate și prezentând într'un grad atenuat simpto-

mele psihologice fundamentale ale psihozelor schizofrenice și circulare.

Indivizii care aparțin ciclului psihozei maniaco-depresive sunt în general persoane cordiale și sociabile, cu care se poate ușor conviețui și care iau viața așa cum este. Cicloizii sunt naturali și sinceri, stabilindu-se ușor legătura dintre noi și ei. Puși în fața unor situații grave, ei nu se enervează, nu se irită, nu se supără, așa cum ar reacționa omul mediu, dar în special schizoidul. Hipomaniacul este omul care se aprinde și se stinge repede. Disimularea și intriga îi sunt necunoscute. Nervozitatea nu constituie o trăsătură a cicloizilor. Cei mai mulți dintre cicloizi, au o viață sentimentală ușor abordabilă și un temperament sanguin. Temperamentul cicloizilor oscilează între veselie și tristețe. Oscilațiile variază, la unii fiind profunde, la alții dulci, superficiale, rapide sau lente. Centrul acestor oscilațiuni este situat mai aproape de polul hipomaniac la unii, sau de cel depresiv la alții. Cicloizii sunt oameni buni și cu multă milă față de semenii. Temperamentul cicloizilor condiționează atitudinea lor socială. Ei simt nevoia de a face confidențe, de a râde și de a plânge. Cea mai mică emoție își găsește ecoul în ei. Știu să se adapteze mediului și să vibreze la unison cu el. Se adaptează rapid la situații noi. Hipomaniacul este omul mediului și al momentului. Este foarte atașabil, devenind prietenul primului venit. Ii place să guste din tot ce este bun și oferit de viață.

Cicloizii nu sunt logicieni rigizi, oameni cu sisteme preconcepute sau amatori de scheme. Ei dispun de o energie practică și suplă. Amorul propriu și vanitatea sunt rare la cicloizi.

În creația ciclotimilor normali observăm diversitate a capacităților, obiectivism naiv și lipsa construcției sistematice. Din contră, tot ce este sistematizat și abstract, constituie semnul de elecție al schizotimiei. Ritmul psihic al cicloizilor se aseamănă cu al hipomaniacilor prin lipsa logiceii, a sistemului și a mecanismelor complexe. Motilitatea psihică a cicloizilor este sobră și adecuată excitației. Mimica și gesturile lor sunt naturale și suple, diferind doar ritmul, care la hipomaniaci este rapid, iar la depresivi lent.

Contrar naturii umile, puțin complicate și naturale, cu afectivitatea situată la suprafață a cicloizilor, schizoidii au o suprafață și o profunzime. Masca suprafeței este dominată de coloritul omului posac, ursuz, insensibil și ironic. Ce se ascunde sub această fațadă, rămâne un semn de întrebare în cazul celor mai mulți schizoizi. Kretschmer îi compară cu o vilă romană, ale cărei storiuri sunt lăsate și în al cărei întuneric se petrec orgii. De multeori nici după ani de zile nu reușim a cunoaște un schizoid.

Bleuler numește „autism” această viață în profunzime. Morbidul se poate deosebi de normal și mai

puțin la schizofreni ca la circulari. Particularitățile schizoide își ating maximum în epoca pubertății. Noi nu putem deosebi la un schizofren din punct de vedere psihologic, ceea ce este psihotic, pre-psihotic, post-psihotic sau nepsihotic. Atâta timp cât nu posedăm cheia, schizoidul nu ne arată decât suprafața psihicului său. Cheia vieții interioare a schizofrenului, găsită de Bleuler, este formată în mare parte de activitatea și afectivitatea umană normală. Chiar această lipsă de posibilitate de a pătrunde în profunzimea psihicului schizofrenului, a făcut pe psihiatri să creadă drept schizofreni pe cei lipsiți de afectivitate, încăpăținați, obtuși și inferiori intelectuali.

Kretschmer crede că numai autobiografiile schizoizilor cultivați sau documentele obiective de psihologie schizoidă lăsate de către genii și poeți schizoizi sau schizotimi, pot să aducă lumină în chestiunea vieții interioare a acestor temperamente.

În ceea ce privește acum dezvoltarea schizoidului.

De unde cicloidul păstrează dela naștere până la moarte, trecând prin toate oscilațiunile maniaco-depresive, trăsăturile fundamentale ale temperamentului său, la schizofreni factorul biologic care produce schizofrenia și personalitatea schizofrenică, este „un ceva” intercalat, care intervine într-o fază determinată a vieții și urmează în dezvoltarea sa o ordine determinată.

După statisticile lui Kretschmer, trăsăturile caracterului schizoid superficial se aranjează în ordinea următoare :

- a) Insociabil, liniștit, rezervat, grav, bizar și taciturn.
- b) Timid, sensibil, nervos, susceptibil, agitat, prieten al naturii și al cârților.
- c) Docil, viteaz, bestial.

Grupul întâiu, cel mai frecvent, este ceea ce Bleuler denumea autism, iar grupul al treilea cuprinde ceea ce Kraepelin înțelegea prin demență afectivă.

Temperamentele schizofrene se plasează între doi poli :

Excitabilitate și obtusie. Ele variază dela tipul cu sensibilitatea de mimoză, pe care Kretschmer îl numește „tip Holderlin”, până la ruinele de ghiață impasibile la cele ce se petrec în jur, pe care le găsim retrase în colțurile saloanelor psihiatrice. Plecând dela polul hipersensibilității, schizofrenii se înșiră până la polul celor obtuși și reci. Raportul dintre părțile hipersensibile și insensibile ale temperamentului se modifică prin puseuri în cursul vieții, fără a reveni vreodată la punctul dela care au plecat.

Sunt cazuri în care autismul semnifică exclusiv un simptom al hipersensibilității. Excitațiunile externe, care pentru cicloizi și omul mediu sunt indispensabile vieții, sunt brutale și psihic dureroase pentru schizoid. Când un schizotim se transformă dintr'un om de lume hipercivilizat într'un anachoret, cum este cazul marelui

THIONAÏODINE

INJECTABILĂ A & B

*maladia reumaticală cronică
și sindromele sale dureroase*

COMPRIMATE

*carență de sulf
reumatisme cronice*

PRODUSE ATOXICE
INECȚII INDOLORE



ACȚIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACȚIUNI

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite și secuale

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B₁

nevrite și polinevrite infecțioase și toxice

A intramusculară: două miligr. Vitamină B₁
pe fiolă de 10 cc.
Cazuri de gravitate mijlocie.

B intravenoasă: un centigr. Vitamină B₁
pe fiolă de 10 cc.
Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Eșantioane și Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R., BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8

Tolstoi, saltul nu este prea mare. Atitudinea schizoidului față de oameni este comparată de Kretschmer cu „un curcubeu, în care colorile principale sunt reprezentate de către timiditate, ironie, brutalitate și plictiseală”.

Schizoidul Robespierre este un prototip al acestui fel de oameni. Atitudinea alienaților schizofreni este uneori o atitudine de apărare față de lumea exterioară. Este ceea ce numim procesul de refugiere în sine sau introvertire. Oricât de simplu ar fi schizoidul, el manifestă dragoste față de natură și față de cărți, care reprezintă pentru el în fuga lui de oameni, un refugiu inofensiv și liniștit. Uneori schizoizii sunt impasibili, trăind într'un mutism complet.

Între „marii tăcituși” celebri, Kretschmer amintește pe Uhland și Moltke. Pentru unii schizoizi bine dotați, este caracteristică sociabilitatea selectivă asupra unui cerc exclusiv. Ei caută în aceste cercuri acele colori psihice asemănătoare celor lor. Religioasa bigotă o întâlnim deseori în familiile schizofrene.

În concluzie, la schizoid domină antiteza brutală dintre eu și lumea externă. El se supune unei analize constante și anxioase, fiindu-i frică de a nu face impresie proastă sau de a comite vreo greșală în societate.

Aceste trăsături sunt evidente la firile de artist, amenințate de schizofrenie sau provenind din familii suspecte de schizofrenie. Astfel Hölderlin, Stirnberg, Ludovic al II-lea al Bavariei și Michel Angelo vin să exemplifice și să întărească aceste afirmații.

Tendința de a ameliora viața, tendințele de a da o educație model copiilor lor, renunțarea stoică la tot ce privește propria lor persoană, gata de sacrificii, altruști pronunțați, vecinici pentru ideile generale și impersonale, iată trăsăturile specifice ale schizoizilor.

Schizofrenicii sunt niște impotenți afectivi. Termenul de impotent indică aici pierderea spontaneității reacțiunii motrice în răspunsul ce-l are de dat, excitației afective. Infirmitatea afectivă poate fi consecința unei adevărate insensibilități a excitației corespunzătoare, sau poate ascunde procesele unei sensibilități rafinate și o tensiune intrapsihică dureroasă. La prima vedere, pre-psihoticii schizofreni ne par niște „urși solitari”. Schizoizii sunt de obicei deprimați, însă depresiunea lor este cu totul alta decât tristețea cicloidului. Este o stare de iritație internă și de tensiune, care o putem ușor studia din stilul poezilor atinși de schizofrenie, cum este cazul lui Hölderlin.

Schiller, care a fost un schizotim normal, ne spune într'una din reflexiunile sale estetice: „Când am citit pe Shakespeare pentru prima oară, răceala și insensibilitatea care îi permiteau de a glumi în momentele cele mai patetice, mă indigna”. Acestea pentru că schizotimul nu este capabil să simpatizeze temperamentele schizoide.

Schizoizii sensibili găsesc pe ciclotii vulgari. Elementele ereditare schizoide pot da un aliaj favorabil, producând astfel varietăți de valori pozitive, incoruptibile. Un astfel de exemplu este Frederic Cel Mare, căruia dinastia Guelfilor i-au transmis predispozițiile schizoide acumulate timp de generații. Aliajul poate fi însă și defavorabil. Să ne reamintim de cruzimile pe care le visa în jurnalul său schizofrenul rege Ludovic al II-lea al Bavariei.

În ceea ce privește procesele voluntare ale schizoizilor, ele se produc cu o oarecare întârziere, raportate fiind la excitația psihică. Observăm absența raportului imediat dintre excitația psihică și reacția motrice (vezi schemele din tratatul lui Levy—Valensky).

Ca simptome principale ale psiho-motilității la schizoizi, amintim: timiditatea și impotența afectivă. Tactul, delicatețea, stilul rafinat, aversiunea față de tot ce este grosolan, iată ce-i deosebește pe schizoizi de cei din grupul hipomaniac, care prin prospețimea și naturalețea lor au totuși un farmec.

Ca ritm psihic, am văzut la timpul său că cicloidul are un temperament oscilant și o afectivitate, care răspundea direct la orice sollicitațiune, prin unde clare și rotunde, încurbându-se profund între polul tristeții și al fericirii. Cicloizii nu au complexe, sau dacă le au sunt neînsemnate. Curba afectivă a schizoidului nu este ondulată, ci capricioasă, realizând o grafică în zig-zag. Deseori întâlnim temperamente schizoide, care se grupează între polii: tenacitate exagerată și instabilitate accentuată.

În legătură cu curba afectivă în zig-zag a schizoizilor, amintim ceea ce Bleuler numea „ambivalență” sau decizie voluntară între da și nu. Această ambivalență constituie un stigmat important la unii schizoizi.

Ceea ce întâlnim deseori în biografiile artiștilor schizoizi și chiar la schizotimii normali, este alternanța afectivității, tradus prin lipsa de nivel mediu a afectivului și a intransigenței. Ei sunt niște oameni încântați sau șocați, pasionați de o persoană, în timp ce alta le este dușman de moarte. Toate acestea având la bază lucruri de foarte mică importanță (un cuvânt, un gest etc.). Se aplică deci legea totului sau nimicului fără ca ei să cunoască punctul mediu. Astfel se explică de ce unii schizofreni tipici ne amintesc de histerici și nervoși.

Vedem dar, cum subtilitățile și fluctuațiile componente noastre psihice, devin perceptibile prin oglinda cunoașterii a celor oameni, care au murit pentru a deveni nemuritori. Conchid astfel, că prin studiul persoanei, vieții și acțiunilor acestora, vom ajunge a cunoaște mai bine curbele mai grosolane și totuși mai greu sesizabile, pe care le înscriu valurile mai moderate ale psihicului oamenilor medii și normali.

SIROCALCIN „Sapic“

SIROCALCIN cu EFEDRINA

Sirop pe bază de: Sulfogaiacolat de Potasiu
Lactofosfat de Calciu

Expectorant / Desinfectant pulmonar / Reconstituant / Gust agreabil

ANALEPTIC

CARDIOTONIC

CORDISAN „Sapic“

CORDISAN - EFEDRINA

Picături, Fiole, Pulbere pentru receptură

În toate stările de slăbiciune ale inimii și ale circulației sanguine

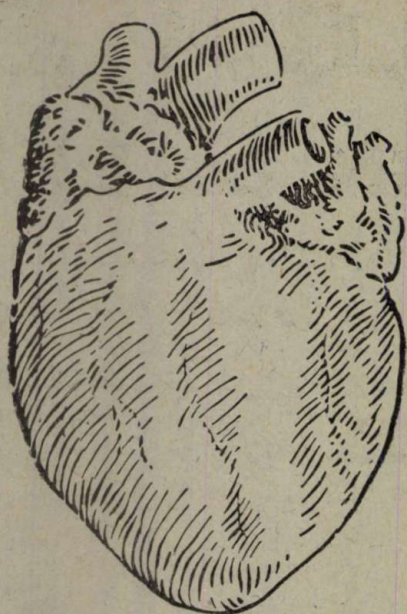
Pneumonie, Bronchopneumonie, Gripă,
Profilactic după operațiuni

PULMOSEPT „Sapic“

Chinină 0,10
Camforă 0,10
dissolvate în uleiuri eterice.

Fiole de 2 cmc. pentru injecții intramusculare

Mostre și literatură trimite la cerere :
DEPARTAMENTUL ȘTIINȚIFIC
„SAPIC“
București VI, — Str. Cazărmei 89



Verodigen

Preparat de Digitală

Acțiune rapidă și toleranță excelentă

Comprimat

de 3 ori pe zi $\frac{1}{2}$ comprimată.

Granule

Dupa 3 zile

de 2 ori pe zi $\frac{1}{2}$ comprimată.

Supozitoare

Medicație foarte economică!

La edeme

Verodigen compositum

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

A cunoaște psihicul uman, atât de neglijat prin interesul hipertrofiat pe care omenirea l-a manifestat în tendința unilaterală a realizării unei vieți fizice cât mai comode, va însemna a recunoaște prin tabloul nou al sufletescului omului, noua viață care va trebui creată, viața la care cu siguranță omul se va adapta

cu mai multă ușurință, nefiind pus în situația de a suporta consecințele conflictelor, care se nasc odată cu procesul adaptiv.

Se resimte tot mai mult necesitatea de existență a bunilor exploratori și cunoscători ai sufletului omenesc.

Revista cărților

Infarctul miocardic (Der Myokardinfarkt) de Prof. Dr. Max Hochrein. Ed II-a, tipărită la Editura Theodor Steinkopf, Dresden și Leipzig, 1941, cu 278 pag. Se găsește la librăria H. Welther, Sibiu. Prețul: broșat RM: 12,75; legat RM. 13,88.

Încă dela început, autorul precizează că infarctul miocardic, care adeseori smulge pe cei mai activi și capabili oameni din culmea productivității lor creatoare, face parte din cele dintâi probleme medicale și sociale ale timpului nostru.

Fiind întâlnit cu o frecvență tot mai mare, este o boală care interesează întreg corpul medical.

Metodele noi de investigație și mai ales aplicarea lor pe o scară mai întinsă au arătat că această afecțiune, departe de a fi rară și de nerecunoscut, este în realitate mai frecventă ca bunăoară anemia pernicioasă sau Basedow-ul.

La publicarea ediției I-a a acestei lucrări, în 1937, autorul avea 297 de cazuri personale. La această a II-a ediție, din 1941, cifra lor s'a înmulțit la 600. În acest răstimp, concepția nouă că infarctul miocardic nu este numai o problemă de circulație, ci și una de nutriție, a adus noi puncte de vedere pentru discernerea și tratamentul acestei grave boli. Iar o terapie individuală a tulburărilor hemodinamice și secretorice mărește șansele unei vindecări sau ameliorări.

Mortalitatea este totuși așa de mare, încât profilaxia trebuie considerată ca o cerință terapeutică esențială. De aceea, autorul a consacrat o discuție amănunțită perioadei prodromale a infarctului miocardic și tratamentului acesteia.

Boala se întâlnește mai des dela vârsta de 40 ani înainte, dar sunt cunoscute și cazuri sub această vârstă (3%). După statistica lui Hochrein, din cele 600 cazuri, 82,2% au fost bărbați, iar 17,8% femei. De remarcat că 5% din cazuri sunt medici.

Există un număr mare de bolnavi la care predispoziția pentru această suferință poate fi precis conturată. Par cu deosebire expuși bărbații între 40-60 ani, cu habitus apoplectic și dispoziție familială, care se află într-o profesiune istovitoare sufletește, suferind de focare de infecție, arătând o ușoară excitabilitate vaso-motorică, posedând o înclinare spre insuficiență coronariană, uzând de nicotină și stând sub o tensiune psihică puternică.

Autorul studiază amănunțit hemodinamica sistemului coronar; în capitolul clinice infarctului miocardic, după descrierea mecanismului de producere, conturează tabloul clinic, insistând la studiul simptomatologiei asupra examenului electrocardiografic și semnelor electrocardiografice, apoi asupra trombozei și emboliei, leucocitozei și glicemiei. Tratează apoi formele atipice ale in-

farctului miocardic, nedureroase, coronarita cronică, infarctul auricular; evoluția și diagnosticul pozitiv și diferențial; localizarea infarctului, prognosticul (o mortalitate de 58%); embolia coronariană.

Foarte amănunțit insistă asupra tratamentului, arătând ca punct de plecare faptul că în acces, în stadiul șocului circulator, bolnavul se află în cel mai mare pericol de moarte. Pericolul unei insuficiențe cardiace sau al unei rupturi cardiace este atuncia numai de o însemnătate subordonată. Trebuie, cu toate mijloacele, să stăpânim șocul circulator și să înlăturăm durerile violente, precum și chinuitoarea teamă de moarte. Ireregularitățile băților cardiace nu necesită decât o terapie simptomatică. După ce a trecut cu bine stadiul acut al șocului, suntem atunci în fața unui bolnav cu o rană cardiacă. Pericolul principal al perforației sau al dezvoltării unui anevrism cardiac ne stă în față. Tratamentul va favoriza formarea unei cicatrice bune și cât mai mici. Acest stadiu durează 6 săptămâni în general. Apoi intrăm în stadiul cordului cu o cicatrice. Va trebui acum să îngrijim cordul pentru a nu se produce un nou infarct.

Special este tratată problema tratamentului profilactic, cu gimnastica respiratorie.

Recomandăm călduros această carte nu numai specialiștilor, care cunosc o bună parte din amănunțele acestei probleme, ci mai ales marelui public medical, deoarece în foarte multe asemenea cazuri nu specialistul ajunge să dea primul ajutor, ci medicul cel mai apropiat, indiferent de specialitate. Ori, în parte cel puțin, prognosticul este legat de primul ajutor medical, o intervenție intempestivă fiind direct dezastruoasă.

Adăugând problemei și punctul de vedere social, vedem că trebuie cunoscută de toți medicii, intrucât ea a devenit, pe lângă o chestiune de medicină generală și una de medicină socială. Dacă seriile tinere de medici au avut norocul să o fi auzit desbătută la cursuri, medicii care au terminat mai de mult Facultatea nu au avut atunci ocazia să o cunoască. De aceea o recomandăm în special Dumnealor.

Și o recomandăm încă Dumnealor și pentru că dacă este în realitate una din afecțiunile care ating în special pe medici (5% din totalul cazurilor înseamnă mult, când ne gândim ce mic e procentajul medicilor față de totalul populației) după vârsta de 40 de ani, este totuși o afecțiune care se poate vindeca și între cunoștințele noastre avem suficiente cazuri, chiar și de medici, care după o asemenea gravă afecțiune și-au reluat greaua ocupațiune, continuând practica deja de un lung număr de ani.

Dr. Alexandru Ciplea

Revista revistelor

INTERNE

Tratamentul migrenei cu substanțe oestrogene de: F. Lange, Spit. Municip. Dresda-Friedrichstadt: Münch. med. Wschr. 1491, Nr. 9, p. 246.

L. a încercat Cyrenul la femei cari sufereau de migrene, astfel la o femeie de 55 de ani, care suferea din copilărie de migrene. Durerile de cap unilaterale erau adesea însoțite de grețuri și vărsături. Încercările anterioare cu Luminalette, Pepsină-acid clorhidric, foliculină, printre altele și un regim fără carne, au rămas fără rezultate reale. În cele din urmă, bolnava avea o farmacie cu 39 de medicamente. În Iulie 1939 i s'au făcut injecții cu Cyren, și anume câte 2,5 mgr. de Cyren B. Injecțiile se făceau de 2 ori pe săptămână. Efectul a fost foarte bun, femeia a reînflorit pur și simplu. Spre sfârșitul lui August, după ce injecțiile fuseseră suprimate, a reapărut din nou o criză migrenoasă; doze noi de Cyren B au înlăturat crizele până în Noemvrie. De atunci se injectează la fiecare 8 zile câte 2,5 mgr. de Cyren B cu rezultatul, că nu s'au mai produs crize de migrenă. Acest rezultat a fost motivul de a încerca Cyrenul B și la alte 8 femei migrenoase. La toate s'a obținut vindecarea sau ameliorarea (reapariția crizelor, dacă se intrerupea administrarea Cyrenului B timp mai îndelungat).

Primele injecțiuni cu Cyren B se fac în perioada de acalmie. L. făcea atunci întâi 3, apoi 2 și în fine câte 1 singură injecție pe săptămână, i. m. În timpul menstruației, injecțiile se suspendă. Dacă după menopauză, după un tratament mai îndelungat, ar reveni menstruațiile, ar trebui de asemeni suspendate injecțiile în acest timp. Dacă în caz excepțional injecțiile ar produce vreodată grețuri sau inapetență, ar trebui făcute doze mai mici. În general, crizele de migrenă dispar chiar dela prima injecție. Rezultatele bune ale Cyrenului B în migrene trebuesc probabil atribuite acțiunii vasodilatatoare a acestei substanțe, grație căreia spasmul arterelor cerebrale, care — pe lângă oedemul cerebral — condiționează după toate probabilitățile criza, este suprimat. Poate că pe lângă aceasta mai are un rol și influențarea hormonală.

O indicație particulară a toracoplastiei apicale (Une indication particuliere de la thoracoplastie apicale) de G. Rossel. Schw. Med. Wschr. Nr. 40, 1941, pag. 1158—60.

Autorul descrie 2 cazuri: în primul este vorba de o pleurezie după un pneumotorace, abondentă, recidivană, se aplică toracoplastia apicală, se menține ca măsură de prudență pneumotoraxul subiacent, cu toate acestea se produce o reexpansiune a bazei, care până atunci a rămas în stare de colaps atelectazic.

În a 2-a observație în rezumat este vorba de un pneumotorax „arquē” cu turtirea părților inferioare sănătoase ale plămânului contra mediastinului, acestea se mențin în această poziție pe lângă toată lipsa insuflării, pe lângă toată presiunea intrapleurală constant negativă, pe lângă toată sustragerea unei cantități importante de aer. Se face o toracoplastie de substituție, după care imediat se produce o reexpansiune a pulmonului până atunci inert.

Aceste toracoplastii fără indicație vitală aparentă nu sunt ușor acceptate de bolnav și de entourageul lor. Totuși medicul trebuie să aibă destulă autoritate pentru a convinge de necesitate acestei intervențiuni.

Experiențe practice cu tratamentul „Depot” în insuficiența suprarenală. (Praktische Erfahrungen mit der Depotbehandlung der Nebenniereninsuffizienz) de S. Thadea. Schw. Med. Wschr. Nr. 42, 1941, pag. 1202—1206.

Din acest studiu autorul ajunge la următoarele concluziuni: După actualele cunoștințe produsul desoxicorticosteronacetat este cel mai important compus de sterină, care este produs de cătră

glanda corticosuprarenală. Ca formă de administrare în insuficiența suprarenală cronică vine în discuție pe lângă injecțiuni și implantările subcutanate de produs cristalin de desoxicorticosteronacetat. Tehnica, dozarea și indicațiunea sunt date detaliat. Ameliorarea tabloului clinic după tratament „depot” cu hormon corticosuprarenal, care ține aproximativ 3—6 luni, este nu numai subiectivă, ci ea se poate pune în evidență cu numeroase probe funcționale.

Diabetul și graviditate. (Diabetes und Schwangerschaft) de Prof. Dr. R. Staehelin. Schweiz. Med. Wschr. Nr. 43, 1941, pag. 1324—26.

Autorul discută problema diabetului și a gravidității asociate.

În total au observat 7 bolnave cu 8 sarcini în cursul diabetului. Dintre acestea o bolnavă cu un diabet ușor a avut o naștere necomplicată, o bolnavă cu diabet grav întâi a avut o naștere cu făt mort, apoi o naștere cu un copil sănătos, înă cu pericol evident pentru viața bolnavei. Alte două bolnave au născut copii morți la sfârșitul gravidității, la o bolnavă sarcina s'a terminat cu un abort. La o bolnavă autorul nu cunoaște sfârșitul gravidității. Chiar dacă s'ar presupune, că ultima bolnavă ar fi născut un copil normal, totuși se constată o mortalitate de 50% a fătului, deci nici un rezultat mai bun, ca în era preinsuliniană. În schimb nici o mamă n'a fost pierdută.

★

INFECȚIOASE

Asupra imunității după scarlatină. (Zur Frage der Immunität nach Scharlach) de E. Freudenberg. Schweiz. Med. Wschr. Nr. 44, 1941, pag. 1371—73.

Asupra 1200 cazuri de scarlatină s'a observat în 19 cazuri o infecție dublă de scarlatină, sigură din punct de vedere clinic. Intervalul între cele două infecții varia între 5 luni și 7 ani. În cazurile cu a doua boală au predominat copii până la vârsta de 6 ani.

La examinarea a 303 cazuri de convalescenți la sfârșitul săptămânii a 6-a cu proba Dick s'au constatat încă 47% pozitivi.

După vârstă se constată, că vârstele mai tinere predomină la pozitivi și că negativitatea abia după 10 ani se poate aștepta la aproximativ 3/4 din cazuri.

Serul saggin a celor Dick pozitivi în majoritate nu dă fenomenul lui Schultz-Charlton, în schimb serul celor Dick negativi în majoritatea cazurilor (6 din 10) produce fenomenul de stingere. Serul nici unui copil sub 6 ani n'a câștigat la sfârșitul celor 6 săptămâni de scarlatină posibilitatea de stingere a exantemului.

Toate observațiile arată, că nu este justificată la copii sub 10 ani la sfârșitul săptămânii a 6-a de scarlatină, de a presupune o imunitate sigură. Această imunitate adesea este supraevaluată.

Experiențe cu imunizarea activă profilactică antidifterică la adulți. (Erfahrungen mit der activen Diphtherieschutzimpfung bei Erwachsenen) de K. W. Clauberg. Dtsch. med. Wschr. 1941, p. 1227—29.

S'a vaccinat personalul infirmier adult din 64 spitale cu vaccin antidifteric în număr de 6058 de persoane. Reacțiunile observate cu ocazia acestor vaccinări au fost foarte puternice. În 8,9% s'au prezentat reacțiuni locale grave concomitent cu reacțiuni generale, cari au obligat la intreruperea ocupației până la 3 săptămâni... În 171 de cazuri s'au produs abcese locale, dintre cari unele s'au deschis spontan, în 49 au fost necesare incizii. În unele cazuri reacțiuni locale erizipeloide, flegmonoase. În unele

cazuri temperatură mare până la 41° cu frison uneori, alteori stare generală proastă: cefalee, greață, vărsături, turburări paralitice, turburări cardiace, provocări de colici hepatice, icter, urticarie, edeme, în 4 cazuri chiar colaps. În 2 cazuri reacțiuni tardive după 8 zile sub formă de edem pronunțat al brațului injectat și a feței... Aceste reacțiuni puternice după vaccinare la adulți par a fi consecința creșterii senzibilizării față de bacilul difteric pe măsură ce individul adult înaintază în vârstă. Deci nu este recomandabil de a executa la adulți vaccinarea antidifterică, tot așa simplu ca și la copii, ci atunci când ea trebuie făcută, vor trebui luate unele precauțiuni indispensabile și cazurile vor fi bine selecționate.

Experiențe cu imunizarea activă contra scarlatinei. (Erfahrungen mit dem Scharlachschutzimpfstoff) de Dr. H. Vocke. Dtsch. med. Wschr. 1941, p. 1229—31.

Se discută eficacitatea imunizărilor active antiscarlatinoase prin vaccin antiscarlatinous. S'au vaccinat 600 copii din 2 Instituții de copii, cari au fost apoi observați timp de mai mult de un an și jumătate. Din aceste cercetări și observațiuni autorul ajunge la concluzia că vaccinarea activă antiscarlatinoasă nu constituie un mijloc așa de sigur de prevenire a scarlatinei, după cum se susține în general, fiindcă pe lângă toată vaccinarea executată totuși apar în mod periodic cazuri de scarlatină în aceste două instituții de copii.

Combaterea cu succes a unei epidemii de casă larvate de scarlatină prin imunizarea activă după Gabritschewsky. (Erfolgreiche Bekämpfung einer larvierten Scharlach-Hausepidemie durch aktive Immunisierung nach Gabritschewsky) de Emil Wieland, Basel. Schweiz. Med. Wschr. Nr. 43/1941, p. 1340—45.

O descriere detaliată a unei epidemii de casă de scarlatină în Spitalul de copii din Basel în Langenbruck, provocată întreținută și imprimată cu caracterul clinic al unei epidemii de scarlatină identică și concomitentă din oraș, de o extindere neobișnuită, de o durată de mai mulți ani, însă cu o evoluție benignă și cu o grămadă de cazuri abortive și larvate) scarlatină fără exantem). Cauza principală a extinderii neobișnuite și a lungii durate a epidemiei din oraș, ca și introducerea și extinderea scarlatinei în spitalul de copii (40 de scarlatine de casă numai în anul 1939) este patomorfoză specială a scarlatinei din Basel la intervale necunoscute: mascarea simptomelor clasice de scarlatină de către simptome nesigure, cari amintesc gripa, tablouri clinice catarale, mai adesea fără sau cu exantem abortiv, angină și temperatură neînsemnată, tablou sangin necaracteristic, evoluție benignă, însă cu tendință la recidive și cu un număr neobișnuit de mare de purtători sănătoși (uneori 30—50%) asupra copiilor trimiși în mod regulat din oraș în Spital de către medicul lor de casă pentru convalescență.

În aceste împrejurări toate măsurile de profilaxie n'au dus la nici un rezultat și numai imunizarea activă după Gabritschewsky a mai rămas să fie aplicată. Această metodă de imunizare a dat rezultat foarte bun, pentru că a stins epidemia de scarlatină din Spital, în timp ce epidemia din oraș evolua mai departe, însă numai 3 injecțiuni sistematice la intervale regulate de o săptămână sunt active. Două injecțiuni nu sunt suficiente. Dintre 50 copii care au primit numai două injecțiuni s'au mai îmbolnăvit încă 11 de o scarlatină ușoară.

În rezumat metoda de imunizare activă cu vaccin streptococic după Gabritschewsky este o metodă de încredere, nepericuloasă pentru combaterea scarlatinei.

Imunizările asociate, interesul lor practic și teoretic. (Les immunisations associées, leur intérêt pratique et théorique) de G. Ramon. Schweiz. Med. Wschr. Nr. 44/1941, p. 1366—68.

Metoda imunizării zise a „vaccinărilor asociate“, stabilită de 15 ani, constă după cum se știe, în a provoca apariția și dezvoltarea simultană a două sau mai multe imunități, prin mijlocul unui amestec de vaccinuri foarte diferite în natura lor, în compoziția și specificitatea lor, de exemplu amestec de anatoxină difterică, anatoxină tetanică, vaccin antitifoic și antiparatifoic.

Această metodă în realitate se bazează asupra principiului „substanțelor adjuvante și stimulante ale imunității“.

În domeniul practic metoda imunizărilor asociate a adus probe așa de numeroase și de nediscutabile, că o imunizare multivalentă, efectuată prin mijlocul unui amestec de mai multe vaccinuri, cum sunt vaccinurile antitifo-paratifoide, anatoxina difterică, anatoxina tetanică, etc., este posibilă și chiar că ea este mult mai avantajoasă nu numai din cauza facilității pe care o oferă pentru realizarea, difuziunea, generalizarea vaccinațiunilor, însă și pentru eficacitatea întărită a imunităților de specificitate variată, pe care ea o poate conferi.

În domeniul teoretic și experimental aceeași metodă, care a permis deja de a da câteva lămuriri în ce privește diversele chestiuni, atingând antigenele și anticorpii, furnizează un mijloc comod și economic, deci foarte prețios în timpurile actuale pentru a studia anumite din numeroasele probleme, pe care le pune încă imunitatea cercetătorului.

Asupra vaccinării antivariolice și antidifterice asociate. (A propos des vaccinations antivariolique et antidiphthérique associées) de Th. Reh. Schweiz. Med. Wschr. Nr. 44/1941, p. 1368—69.

Autorul discută problema vaccinării asociate antivariolice și antidifterice, ajungând la următoarele concluziuni:

Vaccinarea antivariolo-difterică asociată constituie un progres net în ce privește practica adoptată până astăzi. Economisește timp, este ușor de executat, reclamă un minimum de deranjare din partea părinților, difuzează o imunizare dublă. Se pare că ea contează la activul său un procent mai mare a indivizilor imunizați, fără ca prin aceasta să fie modificată evoluția clasică a vaccinărilor respective.

Dr. I. Gavrilă

*

DERMATOLOGIE

Herpesul zoster și simplu la trichinoza acută. (Herpes zoster und simplex bei akuter Trichinose) de H. Curschmann. Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 30/1941, p. 840.

Apariția herpesului zoster și simplu în trichinoza acută este foarte rară. Ea a fost remarcată de F. Lommel, care a remarcat raritatea herpesului în contrast cu miliaria, care apare destul de des.

Apariția peteșilor asemănătoare celor din tifosul exantematic și de rozeole tifice în trichinoză este rară. Tot rară este și apariția urticariei.

Eosina în tratamentul local al psoriazei vulgare. (Das Eosin in der Lokalbehandlung der Psoriasis vulgaris) de Dr. R. Wernsdörfer. Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 35-1941, p. 965.

Autorul descrie o metodă de tratament a psoriazei vulgare, ce constă în aplicarea locală a unui amestec de eosină și cryparobină, asociat cu iradiere de raze ultraviolete.

Prin această metodă autorul a obținut rezultate foarte bune, reducând mult timpul de tratament al psoriazei față de celelalte metode uzuale. În toate cazurile s'a obținut o dispariție completă a leziunilor.

Eficacitatea acțiunii acestei metode s'ar datori după autor în mare parte proprietăților fotodinamice ale eosinei.

Turburările circulatorii datorite varicelor. (Durch Krampf odern bedingte Zirkulationsstörungen) de Gy. Magnus. Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 31/1941, p. 857.

Turburările circulatorii consecutive varicelor sunt alterațiuni ale țesuturilor datorite circulațiunii unui sânge, care nu e adecvat unei bune nutrițiuni a țesuturilor.

În varice sângele circulă centrifugal, adică în același sens ca cel din artere; el merge spre periferie fără a fi trecut prin plumăni pentru a se regenera. Datorită acestei nutrițiuni proaste a țesuturilor, se produce ulcerul varicos și alte alterațiuni patologice.

Distrugându-se varicele prin diferite metode, se înlătură totodată circulațiunea sanghină perversă; țesuturile nu mai primesc sânge alterat. Distrugerea varicelor este astfel chiar în privința „complexului simptomatic varicos” o terapie cauzală.

Contraindicațiunea sclerozării varicelor în flebita profundă. (Keine Varizenverödung bei tiefer Fhlebitis) de F. Jaeger. Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 34/1941, p. 939.

Atât sclerozarea varicelor, cât și intervențiunile operatorii pe varice sunt contraindicate în flebita profundă. Flebita profundă, mai ales în forma cronică, micșorează diametrul vaselor, cari stau la dispoziția curentului sanghin pentru înapoierea sa la inimă. Sângele este astfel silit să se înapoieze prin venele superficiale, ori este interzis ca noi să venim și să-i luăm, sau să-i tulburăm aceste ultime căi, fie prin fleboscleroză fie prin intervenții operatorii; cari ar avea drept consecință o stagnare a sângelui, edeme și tulburări circulatorii.

Keloide. (Cheloidi) de C. Moncorps. Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 34/1941, p. 940.

Autorul face dela început deosebirea între cicatricea cheloidiană și adevăratul cheloid; de aceea și recomandă un tratament distinct între aceste 2 forme. Orice cheloid ce se dezvoltă rapid pe o cicatrice, el îl socotește drept o cicatrice hipertrofică și recomandă următorul tratament: comprese calde, masaj ușor cu unguent cinereu 10% și uneori aplicarea unui emplastru cu unguent cinereu 12—24 de ore.

În primul an al unei cicatrice hipertrofice (cheloidiene), deconsiliază orice metodă activă, ca excizia cicatricei, injecțiuni la nivelul ei, cari de cele mai multeori au un efect contrar de cel urmărit.

Dacă a trecut un timp mai îndelungat decât datează cicatricea cheloidiană, atunci recomandă a se încerca metode mai active, dintre cari cea mai indicată este aplicațiunea de raiu, cu care se obțin cele mai bune rezultate.

Urticarie cronică recidivantă. (Chronisch rezidivierende Urtikaria) de A. Wiskott. Münchener Medizinische Wochenschrift, Nr. 34/1941, p. 940.

Pentru a face un tratament rațional într-o urticarie cronică, trebuie să-i depistezi cauza. Și la copil, de cele mai multeori, e vorba de alergene și de regulă de origină nutritivă. Dintre alergenele alimentare la copil, joacă mare rol ouăle și laptele de vacă.

Ca tratament în primul rând se recomandă un regim dietetic declorurat, bogat în alcalii (natriu bicarbonat), administrarea de histamină (Torantil „Bayer”), autohemoterapie și schimbarea climatului cu un climat de altitudine.

Dr. Liviu Modran

★

ENDOCRINOLOGIE

Contribuțiuni clinice la întrebuințarea dioxidi-dietilstilbenului dipropionat în turburările funcțiunilor genitale ale femeii. (Referat după Diss. Frankfurt 1940) de Dr. L. Fährer. Clinica ginecologică Frankfurt a. M.

Fährer a încercat Cyrenul B în doze de 0,5 și 2,5 mgr. pentru o injecție, și anume la început în turburările extragenitale ale menopauzei. Bolnavele se plâneau de cefalee, amețeli, palpitații și valuri de căldură și erau femei în vârstă de 24—52 de ani, dintre cari 12 cu ovariectomie totală resp. castratie radiologică. Li se administrau la fiecare 2—3 zile doze de 1/2 până la 5 mgr. de Cyren B. Tulburările se amendau după 1—5—12 injecții (după doză) și nu mai reveneau nici după 2 luni de observație. De 5 ori doza a produs greață și amețeli; cu toate acestea doza ridicată de 5 mgr. a fost foarte bine tolerată. De 6 ori rezultatele nu au fost frapante, odată s'a observat o mică scădere de tensiune dela 150/100 la 135/95. La 4 femei cu colpita senilă s'a obținut de 3 ori vindecarea cu de 5 ori câte 1 mgr. și odată cu de 4 ori 1 mgr. Rezultate durabile bune a observat Fährer în pruritul vulvar. Din 16 femei 15 în vârstă de 43—67 ani au fost vindecate cu de 3 ori câte 1 mgr. ca doza cea mai redusă și de 5 ori 2,5 mgr. ca doză maximă intramusculară. Și aci s'au observat uneori scăderi slabe de tensiune. Întreruperea lactațiunii a reușit dându-se dintr'odată 5 mgr. de Cyren B. Dacă era vorba numai de înlăturarea senzației de tensiune din piept, erau suficiente de 2 ori câte 1 resp. de 2 ori câte 2,5 mgr. În amenoreea secundară la 8 femei în vârstă de 18—36 de ani s'au dat în prima jumătate a ciclului cam de 6 ori câte 1 mgr. și mai mult de Cyren B. în cea de a 2-a jumătate a ciclului eventual de 4 ori câte 10 mgr. Progesteron. În cazurile în cari efectul nu apărea, s'a încercat cu succes Elityran pentru excitarea ovarului. În hipoplasiile uterine cu turburări ale ciclului s'au dat în 1-a jumătate a ciclului 6—12,5 mgr. de Cyren B și în cea de a 2-a jumătate eventual de 4 ori câte 10 mgr. Progesteron. La multe femei ciclul a devenit de o lungime normală. 7 femei au fost tratate cu Cyren B (în total până la 10 mgr.) pentru dismenoree; de 2 ori s'a obținut dispariția durerilor și de 4 ori ameliorarea lor. Și aci s'au observat iarăși scăderi de tensiune fără importanță. În fine, la o femeie care fusese strumectomizată parțial cu 2 ani înainte și care suferea de migrene, hemoragii neregulate, extenuare și depresiune s'a încercat Cyren B cu Progesteron; aci tulburările au dispărut după 2 cure de Cyren B cu câte 12 mgr. de Progesteron. Deci în linii generale, Cyrenul a dat rezultate bune, e hivalent cu acelea date de foliculină; numai puține eșecuri, poate din cauza dozării prea mici, au fost înregistrate. Dacă au apărut fenomene accesorii ușoare (de 2 ori înroșire trecătoare a nasului), acestea au fost mai frecvente la femeile mai tinere decât la cele mai bătrâne.

Contribuțiuni la introducerea Cyrenului în terapia turburărilor hormonale ale funcțiunilor genitale ale femeii. (Referat după Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1939 c. 7) de Dr. K. Tietze.

Noua substanță oestrogenă Cyren a fost încercată la peste 70 de femei. Acțiunea a fost netă în insuficiența ovariană. De ex., la o femeie de 24 ani exista de 4 ani o amenoree; curetajul și foliculina (300000 U) au rămas fără efect; însă administrarea de Cyren B (în 1-a, a 5-a, a 12-a și a 15-a zi câte 2,5 mgr.) și de Lutren (în ziua 16-a, 17-a, 19-a, 20-a și 22-a câte 6 mgr.) au produs o menstruație. Apoi la o femeie de 23 de ani, cu amenoree primară a putut fi obținută o menstruație cu Cyren B în zilele a 1-a, 5-a, 11-a, câte 5 mgr. și câte 5 mgr. de Lutren în zilele a 13-a, 14-a, 15-a, 17-a și 19-a. Cu această ocazie s'a putut constata și o creștere netă a volumului uterului. Și în endometrita hemoragică Cyrenul are același efect ca foliculina. Sunt suficiente în aceste cazuri puține injecții intramusculare. Și hemoragiile după avorturi spontane și după reclaje sunt oprite de Cyren ca și de foliculină. De asemeni s'a obținut încetarea unei hemoragii într-o hiperplazie glandulară a endometriului, după eliminarea masei hiperplastice. În persistența foliculară recidivantă cu he-

moragii de durată lungă 1 sau 2 injecțiuni cu 1 sau mai bine cu 5 mgr. de oestradiolbenzoat opresc imediat hemoragia; Cyrenul, de obicei 2,5 mgr., are același efect. Se poate obține și deplasarea menstruației cu Cyren. Tietze a obținut odată aceasta fără să vrea, dând de 3 ori 2,5 mrg. Cyren în săptămâna premergătoare menstruației; menstruația nu s'a produs decât după 8 zile. Pentru inhibiția secreției laptelui s'a întrebuințat Cyrenul de vreo 50 de ori, când copilul murise și se încerca împiedicarea producerii secreției lactate; ca doza cea mai sigură. Tietze recomandă 2,5 mgr. de Cyren B. De obicei o injecție este suficientă, numai de 8 ori. Tietze a făcut 2 injecții și de 2 ori 3. Încercarea de a excita contracțiile uterine slabe cu Cyren așa cum se face cu foliculină, (Cyren B de 3 ori câte 5 mgr.) nu a dat lui Tietze rezultate sigure. Ca fenomene accesorii Tietze a văzut numai odată exagerarea unor dureri de cap deja existente. Atunci când se caută rezultate durabile, se va utiliza Cyren B

*

NEUROLOGIE

Contribuțiuni la studiul anatomo-clinic a impresiunii bazilare și a asimilării atlasului. (Contribution a l'étude anatomo-clinique de l'impression basilaire et de l'assimilation de l'atlas) de A. *Dereymaeker*. Revue Belge des Sciences Medicales. Tome XIII Decembre 1941. Nr. 10.

Această afecțiune ce consistă în ridicarea lamei bazilare și a circunferinței găurii occipitale denumită încă și convexobazia sau impresiunea bazilară a lui Virchow este o anomalie scheletică deseori asociată cu asimilația sau occipitalizația atlasului.

Autorul a raportat studiul anatomo-clinic a unui caz tipic

de impresiune bazilară și observațiile clinice a trei bolnavi prezentând asociația asimilației atlasului și a impresiei bazilare.

Autopsia a arătat o importantă deformare a bulbului cu scoborârea creierului, angajarea amigdalelor cerebeloase și a părții anterioare a vermușului inferior în gaura occipitală. În impresiunea bazilară se găsește o triadă simptomatică: scurtimea gâtului, un sindrom cerebelos și un sindrom bulbo-protuberanțial. Bolnavii sunt „oameni fără gât” cu limitarea mișcărilor gâtului mai accentuată când atlasul e asimilat.

Sindromul cerebelos constă într-o ataxie statică și a merului, asinergie, hipotonie, nistagmus cu sau fără turburări în coordinația membrelor; sindromul bulbo-protuberanțial este caracterizat prin leziuni a perechii XII, IX, VIII cochlear, VII, X, (crize de tachicardie). Semnele subiective sunt dizartria, pareza limbii, disfagie, regurgitații nazale, hipoacuzie, vertige, acufene, pareza facialului, turburări de sensibilitate în domeniul trigemenului sau a sensibilității generale, calea piramidală fiind arareori asociată.

Radiografia când e asociată cu planigrafia poate pune diagnosticul. Puncția lombară pune în evidență în jumătate de cazuri un bloc mai mult sau mai puțin total cu disociația albumino-citologică. Compresiunea produsă prin dintele axisului și rebordul posterior al occipitalului a provocat atrofia bulbo-cerebeloasă prin jenă circulatorie și liquidiană.

Tratamentul cazurilor însoțite de turburări de hipertensiune intra-craniană constă în suprimarea aderențelor eventuale de arahnoidită posterioară, ridicarea amigdalelor angajate, repermeabilizarea liquidului, resecția părților osoase jenante eventual a apofizei odontoide a axisului.

Dr. Posticescu Vasile.

Note și informațiuni

Decrete și Decizii Ministeriale

Prin Decizie Ministerială au fost numiți următorii profesori suplینitori la Facultatea de Medicină Cluj—Sibiu:

Dr. C. Crișan la catedra de Istologie. Dr. M. Hângănuț la catedra de Balneologie. Dr. T. Spârchez la catedra de Farmacologie. Dr. V. Miter la catedra de Oftalmologie.

In Monitorul Oficial Nr. 302 din 20 Dec. 1941 s'au publicat rectificările la legea Nr. 912 privind salarizarea funcționarilor publici.

Prin Decretul Regal Nr. 2854 din 13 Oct. 1941 publicat în Monitorul Oficial Nr. 305 din 24 Dec. 1941 s'a acordat Semnul Onorific „Răsplata Muncii” pentru 25 ani în Serviciul Statului următorilor: Prof. Dr. Daniel Constantin, Dr. Crăiniceanu Alex., Prof. Dr. Ionescu Mihăești C-tin, Prof. Dr. Combicescu Dumitru, Dr. Dănilă Petre, Prof. Dr. Ciuca Mihail, Prof. Dr. Danielopol Daniel, Prof. Dr. Dumitrescu Mante Dimitrie, Prof. Dr. Parhon Constantin, Prof. Dr. Manolescu Dumitru, Agr. Dr. Răsvan Nicolae, Dr. Alexandrescu Nicolau Profira, Prof. Dr. Rainer Francisc, Prof. Dr. Mezincescu Dimitrie, Prof. Dr. Lalu Socrate,

Prof. Dr. Dobrovici Anton, Prof. Dr. Amza Jianu, Prof. Dr. Hortolomei Nicolae, Prof. Dr. Mironescu Theodor, Prof. Dr. Ciocălțeu Vintilă, Prof. Dr. Zotta Gheorghe, Prof. Dr. Lupu Gh. Nicolae, Prof. Dr. Nasta Traian, Prof. Dr. Tomescu Petre, Agr. Dr. Babeș Aurel, Agr. Dr. Marinescu Gh., Agr. Dr. Simici Dimitrie, Agr. Dr. Cristide Epaminonda, Agr. Dr. Bejan Ioan, Agr. Dr. Jianu Ion, Agr. Dr. Paulian Demetru, Agr. Dr. Cristian Eugen, Agr. Dr. Leonte Constantin, D-l Moldovanu Nicolae, Prof. Dr. Nițescu I. Ion, Dr. Hamat Nicolae.

In Monitorul Oficial Nr. 306 din 29 Dec. 1941 s'a publicat Decizia Ministerială Nr. 80.602 din 16 Dec. 1941 privitor la bolnavii Institutelor și Subcentrelor Antirabice:

1. În instituțiile antirabice, subcentre antirabice etc., din mediul rural, urban și municipii, după clasa la care sunt internați bolnavii alocația de hrană este:

Clasa I-a	Lei 140—
Clasa II-a	80—
Clasa III-a	60—

2. Personalul va avea aceeași alocație ca pentru bolnavi, după clasa în care este încadrat, conform dispozițiilor în vigoare.

Examen de medici igienişti. In Monitorul Oficial Nr. 307 din 30 Dec. 1941 s'a publicat Decizia Ministerială Nr. 82.776 din 22 Dec. 1941 care spune:

Art. I. — Medicii care au absolvit cursurile de specializare în igienă, organizate în anii precedenţi pe lângă Institutele de Igienă şi sănătate publică din ţară, pentru a putea beneficia de toate drepturile conferite de legea medicilor igienişti, sunt obligaţi să aibă diploma de igienist care se acordă pe baza unui examen de diplomă.

Art. II. — Examenul de diplomă se va ţine în ziua de 23 Febr. 1942. la Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, Bucureşti, Calea Plevnei Nr. 19, în faţa unei Comisiuni, formată din trei membrii şi anume:

Un profesor universitar igienist, ca preşedinte; un profesor agregat, conferenţiar sau şef de secţie dela unul din Institutele de Igienă şi Sănătate publică şi un Inspector General Sanitar.

Oficiul de secretar al Comisiunii va fi îndeplinit de un funcţionar delegat de Minister.

Art. III. — Candidaţii la examenul de diplomă vor fi supuşi următoarelor probe orale: Organizare şi administraţie sanitară; Epidemiologie; Igienă rurală şi urbană; Igiena şcolară; B.ostatică; Puericultură.

Art. IV. — La examenul de diplomă au dreptul să se înscrie toţi absolvenţii cursurilor de specializare în igienă din ţară.

Cererile de înscriere la examen, însoţite de acte doveditoare a frecventării şi absolvirei unui curs de specializare în igienă, se vor înainta Ministerului cu cel puţin 10 zile libere înainte de data ţinerii examenului.

Numire. Prin Decizia Ministerială Nr. 3535 din 23 Dec. 1941 publicată în Monitorul Oficial Nr. 308 din 31 Dec. 1941, d-l Dr. Stoica Victor, medic de circ., la dispoziţia Ministerului, repartizat la Dumbrăveni, jud. Târnava Mică, se transferă definitiv ca medic al oraşului Dumbrăveni, în loc vacant.

Şcoli Sanitare. In temeiul decretului-lege Nr. 710 din 2 August 1941 pentru organizarea învăţământului sanitar şi de ocrotire; Având în vedere necesitatea completării cadrelor de personal auxiliar sanitar şi de ocrotire; Pentru anul şcolar 1941/1942 vor funcţiona următoarele şcoli de personal auxiliar sanitar şi de ocrotire, în conformitate cu normele decretului-lege Nr. 710 din 2 August 1941 şi cu dispoziţiunile regulamentelor respective.

A) *Institute de surori de ocrotire*: în Bucureşti, Iaşi, Arad, Cernăuţi.

B) *Şcolile de surori-infirmiere*: în Bacău, Brăila, Bucureşti, Buzău, C-Lung-Muscel, Cernăuţi, Chişinău, Craiova, Iaşi, Lugoj, Piatra-Neamţ, Piteşti, Ploeşti, Sibiu, Suceava, Timişoara, Turnu-Severin.

C) *Şcoli de moaşe*: în Alba-Iulia, Arad, Bucureşti, Braşov, Cernăuţi, Chişinău, Craiova, Galaţi, Lugoj, Ploeşti, Sibiu, Sighişoara, Timişoara, Bucureşti.

D) *Şcolile de agenţi sanitari*: în Chişinău, Craiova, Iaşi.

E) *Şcoli de laboranţi şi laborante*: în Bucureşti, Iaşi, Sibiu, Timişoara.

Indemnizaţie lunară specială. Cu incepere dela 1 Octomvrie 1941, vor primi o indemnizaţie lunară de Lei 4000, medici de circ. san. rurale (centre primare de sănătate) şi medici de servicii de spital din serviciile cu un nivel economic şi social scăzut, îndepărtate de centre sau cu comunicaţii grele, cu greutăţi de aprovizionare, lipsă de locuinţe şi foarte puţină posibilitate de a face şi clientela particulară.

Posturi vacante

In Monitorul Oficial Nr. 291 din 8 Dec. 1941 s'a publicat vacant un post de Inspector general sanitar central in Ministerul Sănătăţii.

In Monitorul Oficial Nr. 306 din 29 Dec. 1941 s'a publicat următorul comunicat al Ministerului Sănătăţii:

Se anulează publicaţia locului vacant de medic primar, apărută în Monitorul Oficial Nr. 295 din 12 Decemvrie 1941 şi se publică vacant postul de medic primar al Serviciului de chirurgie generală şi chirurgie reparatoare la Spitalul ortopedic din Bucureşti, str. Traian Nr. 12.

Este vacant de asemeni locul de medic primar de dermatovenerice dela Spitalul „Filantropia” din Craiova.

In Monitorul Oficial Nr. 307 din 30 Dec. 1941 s'a publicat vacant un post de medic igienist la Direcţia sanitară a Municipiului Bucureşti, organizaţia centrală, grupa A. 13 tip de salarizare 24.

Domnii medici care întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa aceste posturi vor face cereri Ministerului în termen de 30 zile dela inserarea în Monitorul Oficial.

Bibliografie

• din sumarul revistelor streine primite la redacție

Wiener Klinische Wochenschrift, Nr. 49. vom 5. Dezember, 1941.

- 100 Jahre Krankenhaus Wieden: K. Haslinger.
Die Bedeutung der Frühdiagnose des Primärglaukoms für den praktischen Arzt: H. Freyler.
Spondylosis deformans der Halswirbelsäule als Schluckhinderung. Ein diagnostischer Beitrag: E. Gimplinger.
Über das Verhalten des Wasserstoffwechsels nach Kohlen(mon)oxydvergiftung: F. Högl.
Über chronische Appendizitis: H. Homma.
„Seit zu End“-Anastomose nach Resectio recti: F. Kazda.
Historisches zur Syphilisbehandlung in den Jahren 1855 bis 1888 im k. k. Krankenhaus Wieden: J. Konrad.
Zwillingsschwangerschaft mit heterotopem Sitz der Früchte: J. Richter.
Röntgenologischer Beitrag zur Frage der tuberkulösen Polyarthritis: E. Zjansky.
Grenzen der Strophantinterapie: O. v. Zimmermann-Meinzigen.

Nr. 50. vom 12. Dez., 1941.

- Alterskrankheiten der Lunge: G. W. Parade.
Welche Erkrankungen sind auf Nikotinschäden zurückzuführen? F. Högl.
Das Trachom in der Steiermark: E. Purtscher.
Über chronische Appendizitis (Schluss): H. Homma.
Grenzen der Strophanthinterapie. (Schluss): O. v. Zimmermann-Meinzigen.
Professor Dr. Georg Lotheissen: C. Ewald.

Nr. 51. vom 19. Dezember, 1941.

- Die Mittelalterlichen Regimina sanitatis: F. Lejeune.
Gelenkerkrankungen im vorgeschrittenen Alter: G. Hohmann.
Über eine Schutzmassnahme bei ärztlichen Untersuchungen von Massentransporten: F. Puntigam und E. Petrowsky.
Die Gingivitis ulcerosa in der truppenärztlichen Praxis: I. Mladek.

Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 48. vom 28. November, 1941.

- Häufige Irrtümer bei der Diagnostik von Herzfehlern: Schöne.
Malariaphilaxe mit Atebrin, ihre Dosierung und angeblichen Komplikationen: Rose.
Beschwerden beim Tragen des Koppels: Kaufmann.
Der ärztliche Blick: Risak.
Der Kollaps — seine Formen, seine Folgen, seine Behandlung. (Schluss): Beiglböck.

Nr. 49. vom 5. Dezember, 1941.

- Leistung, Ermüdung, Übermüdung: Anthony.
Ermüdung: Parade.
Physiologische Gesichtspunkte zur Frage der Ermüdung: v. Muralt.
Probleme der Ermüdungsbekämpfung: E. A. Müller.
Zur Genese des Nachtschmerzes des Ulcus Duodeni: Mahlo.
Eine Methode zur Behandlung des Cholelithiasisverschlusses: Buscher.

Nr. 50. vom 12. Dezember, 1941.

- Über Stimulantien: Eichholtz.
Funktionelle Differenzierung der „psychischen Stimulantien“: Hellpach.

- Die Angina pectoris vasomotorica bei Jugendlichen, insbesondere Berliner Studenten: Unverricht.
Knochenmarksreaktionen nach Bluttransfusionen: Habelmann.
Die verschiedenen Formen der Trockenblut — m. K. R. II. und ihre Eignung für Betriebsuntersuchungen: R. Fischer.
Fragen zur Beurteilung von Schädelprellungen: Matzdorff.
Örtliche Druckeinwirkung mittels Heftpflaster: K. W. Fischer.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Nr. 48. vom 29. November, 1941.

- Arzt und Psychotherapeut: G. Fanconi.
Systematik der hämorrhagischen Diathesen: Rudolf Jürgens.
Die trockene, hyperostotische Kieferosteomyelitis: P. Egger von Blatten.
Contribution à la chimiothérapie par les arsénicaux organiques: Über die Aufbewahrung von Blutaustriechen in Krankengeschichten: Erich Nassau.
Tuberkulose und Armee im Aktivdienst 1939 und folgenden Jahren: E. Pradervand.

Nr. 49. vom 6. Dezember, 1941.

- Zur mikroskopischen Diagnose der Urämie: V. Wegelin.
Die „therapeutische Breite“ des Cibazols in Abhängigkeit von Dosisgrösse und Dosenkäuflichkeit: R. Meier und O. Allemann.
„Desogen“ ein neues Desinfektionsmittel aus der Reihe der quaternären Ammoniumverbindungen: A. Grumbach.
Pathogénie et thérapeutique de l'intoxication par le Phosgène: E. Rothlin, Bâle.
Tatsächliches und Hypothetisches zum Nervenproblem: Th. Schaeppi, Zürich.
Transportschiene für Schädel- und Halsverletzungen: G. Neff.

Nr. 50. vom 13. Dezember, 1941.

- Zum Problem der Hyperthreosen: A. Wyss und I. Abelin.
Wer eignet sich als Blutspender? Rob. Meyer-Wildisen.
Bemerkenswerte Erscheinungsformen von Geschwülsten im tropischen und subtropischen Asien (Betel'umoren) und ein spekulativer Erklärungsversuch der Geschwulstentstehung überhaupt: O. Schneider.
Antagonismus und Synergismus von „weiblichen“ und „männlichen“ Sexualhormonen: W. Jadassohn und H. E. Fierz.
Sur le mode d'action des derives de la sulfanilamide: G. A. Mossbrugger.
Über die Behandlung von Kälteschäden mit Priskol: W. Brack.
Vitamin C-Stoffwechsel bei Insassen von zwei Strafanstalten am Ende des Winters 1940/41: H. Frankenau-Bloch.

Die Medizinische Welt, Nr. 48. vom 29. November, 1941.

- Über Diabetes bei Zwillingen: Prof. Dr. W. Weitz.
Allgemein-biologische Gedankengänge bei der Behandlung chirurgischer Erkrankungen: Doz. Dr. H. J. Lauber.
Behandlung der Mucosus-Otitis mit Sulfapyridinpräparaten: Doz. Dr. G. Kriegsmann.
Die Grundzüge des Wehrmachtsfürsorge- und Versorgungsgesetzes: Dr. H. Göbbels.
Wann ist Herabsetzung der am 10. Dezember 1941 fälligen Einkommensteuervorauszahlung möglich? Dr. jur. Cordes.

Nr. 49. vom 6. Dezember, 1941.

- Über die Vererbung der Stoffwechselkrankheiten: Prof. Dr. W. Weitz.

Die Hepatitis epidemica: F. v. Bormann, R. E. Bader, H. Deines, G. Fischer, K. Unholtz und Fr. Blatt-Lehmann.
 Genuine Epilepsie und Migräne: Dr. A. Knapp.
 Die Grundzüge des Wehrmachtsfürsorge- und Versorgungsgesetzes (II): Dr. H. Göbbels.
 Die Aenderung und Ergänzung der Lohnsteuerkarte: Dr. K. Wuth.

Nr. 50. vom 13. Dezember, 1941.

Neuere Anschauungen über die Entstehung der Nierensteine und die sich hieraus ergebenden Folgerungen für Therapie und Prophylaxe: Prof. Dr. K. Boshamer.
 Über die Wirkung von Veriazol bei Neugeborenen: Dr. Silber-Mang.
 Grundsätzliches zur Frühdiagnose v. Berufserkrankungen: Dr. A. Hertel.

Hippokrates, Nr. 48. vom 27. Dezember, 1941.

Zur Theorie der Diabetes- und Ulkusdiät: Nothhaas.
 Zwischen Säuren und Alkalien (Schluss): Saller.
 Sammelbericht über das deutsche Schrifttum auf dem Gebiet der medizinischen Strahlenkunde im ersten Halbjahr 1941: Dieker.

Nr. 49. vom 4. Dez., 1941.

Die Entwicklung des Krankheitsbegriffes: Dietrich.
 Alfons Stiegele: Göhrum.
 Die Cochenille: Braun.
 Arzneimittel oder Arzneigemische? Waterloh.
 Zur Geschichte der Homöopathie in Württemberg.
 Hysterie: Schier.
 Die erfolgreiche Behandlung eines Coma diabeticum mit 2800 E. Insulin in 8 Studen: Nicolai.

Nr. 50. vom 11. Dez., 1941.

Über Entwicklung und Aufgabe der Homöopathie: Schlüter.
 Über Grenzen und Fehlerquellen des homöopathischen Verfahrens: Unseld.
 Über den Jodgehalt homöopathischer Spongia-Verreibungen: Heilmann.
 Zur Röntgenbestrahlung der Entzündung: Glauner.

Der Landarzt, Nr. 47. vom 19. Nov., 1941.

Beitrag zur homöopathischen Behandlung der diabetischen Gangrän: Dr. Alfons Stiegele.
 Grundlagen der Homöopathie: Dr. med. Erich Haehl.

Nr. 48. vom 26. Nov., 1941.

Standesspiegel: H. Berger.
 Die Betriebszahnärztliche Betreuung im Rahmen der gesundheitlichen Betriebsbetreuung in Sachsen: Dr. med. Wilhelm Ackermann.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, Nr. 23. vom 1. Dez., 1941.

Kritische Betrachtungen über den Stand der Krebsforschung:
 (I) Hans Auler.
 Kinderkrämpfe und Kinderepilepsie: Dr. Albert Knapp.
 Mumien und Schlummerzellen: Prof. Dr. Ostertag.

Wiener Medizinische Wochenschrift, Nr. 48. vom 29. Nov., 1941.

Über die Anwendung zweckmässiger Luftmengen und Drucke in der extrapleurale Pneumothoraxtherapie: Dr. K. Kivikanervo.
 Über das Verhalten der sogenannten Nachsekretion und der kontinuierlichen Dauersekretion bei Gesunden und Kranken: Dr. med. Paavo Noponen.
 Ersatz ausgedehnter Hautdefecte durch Transplantation von bei Kaiserschnitt gewonnenem Amion.

Nr. 49. vom 6. Dez., 1941.

Anzeigen und Erfolge der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose: Prof. Dr. Hubert Kunz.
 Sportverletzungen des oberen Sprunggelenkes: Dr. Franz Gerhardt.

Nr. 50. vom 13. Dez., 1941.

Experimentell-histologische Untersuchungen zur Frage der Organschädigung bei Herdinfection: Dr. Wilh. Frh. v. Blumencron.
 Der Gesetzmässigkeit im Verlauf einer jeden Menstruationsreihe: Dr. Georg Riebold.

Folia Therapeutica, Heft 11. November, 1941.

Folia Therapeutica, Heft 12. Dezember, 1941.

MAGNESIUM MANDELAT

«ASTA»

(granule solubile în intestinul subțire)
pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni

ale

Căilor urinare

★

Absolut netoxic

Foarte economic

(durată scurtă de tratament)



Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

PASSIFLORINE

C. Réaumur - Paris

Sedativul electiv complet ATOXIC al tuturor turburărilor:

Nevropatice: teamă, anxietate, hyperemotivitate, surmenaj intelectual, insomnie, etc.

Simpatice și parasimpatice: pubertate, sarcină, menopauză, false uterine, etc., etc.

Circulatorii vagotonice: tachicardie, palpitațiuni, dispnee, hipertensiune, etc.

Medicațiune lipsită de toxice vegetale sau chimice — Nici o contraindicație.

ALGANOL

V. Mercier — Paris

Cel mai puternic sedativ al durerii. — 1-3 buline pe zi.

GEORGES VERGLAS

BUCUREȘTI, 3 — Precupeții Vechi, 1. — Telefon 2.01.43

Pervitin

1 phenil - 2 methyl - amino propan

Hypotonie și Collaps circulator

după operații și boli infecțioase

Stimulent psihic

în depresiuni, psihoze și narkolepsie

Analeptic puternic

pentru deșteptarea din narcoze și intoxicații grave

Temmler Werke, Berlin

Brosedan

Sedativ, lichid cu brom și drojdie de bere

Terapia bromică fără efecte secundare!

Brosedan ușor de amestecat în alimente,
ușurează administrarea dietei achlorurate

Brosedan e inofensiv, ușor de administrat și
cu acțiune durabilă

Indicații: stări de iritabilitate, tireotoxicoze, turburări climacterice, hipertonie,
maladia razelor.

Temmler Werke, Berlin

Pentru România: Dr. Alexandru Radu, Buceurești 3, Str. Sofia 30

Redactionale

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 4 pagini de revistă. Costul tiparului peste 4 pagini va fi suportat de autor, 500 Lei pagina.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, francezește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeeilor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 500. Pentru autorități 1000 Lei. Pentru studenți 300 Lei. Costul unui număr este 80 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Casierul Revistei este d-l Dr. O. Fodor.

Domnii abonati sunt rugati sa anunte la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neintelegere in legatura cu expedierea revistei.

Anunturile se angajează direct prin Administratia revistei cu tariful următor:

1 pagină	odată	3.000,	3 ori	8.000,	6 ori	15.000,	12 ori	25.000	Lei
1/2	"	2.000,	"	5.000,	"	8.000,	"	15.000	"

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Pentru anunțuri plasate pe pagina recto se socotește un plus de 30%.

Pentru anunțuri periodice (băi, stat. balneare, stat. climaterice etc.) se plătește un plus de 50%.

Tabloul de preturi al extraselor pe formatul 8⁰ valabil dela 1 Ianuarie 1942.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar		Coperta obicinuită hârtie culoare										Observație	
	Primele 25 exemplare	Următoarele 25 exemplare	25	50	100	150	200	300	500	1000	3000	5000		
			e x e m p l a r e											
			L e i											
4	200	35	165	180	190	220	230	260	360	530	1400	3200	1 pagină din revistă co- respunde cca. la 3 pagini din extras.	
8	270	55												
12	380	67												
16	470	82												
Extrase pe hârtie velină			Copertă groasă colorată										Pentru fiecare clișeu se va socoti in plus 15 Lei.	
4	210	43	190	240	280	350	410	520	750	1150	2850	4900		Tablourile etc. lipite la extrase se vor socoti in plus.
8	290	66												
12	420	90												
16	510	114												

Chimioterapie antibacteriană

PNEUMOCOCCI
MENINGOCOCCI
CONOCOCCI
STREPTOCOCCI
STAFILOCOCCI

693
Dagénan
SULFAPIRIDINĂ
α (Pamino-benren sulfamido) piridină
COMPRIMATE DOZATE LA 0.50g

doza medie la adult
în primele zile:

*3 grame, și mai mult în cazurile grave,
și anume în doze fracționate de câte
o jumătate de comprimat.*

ODETTE
LEAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC F^{res} & USINES du RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8^e

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

SIBIUL MEDICAL

Anul XXIII

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

DIRECTOR: Conf. Dr. I. GAVRILĂ Secretar de redacție: Dr. D. CĂPRIOARĂ	COMITETUL DE REDACȚIE: Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Dr. I. Cosma, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. M. Teleman, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Conf. Dr. I. Voicu, Dr. V. Weindel.	REDACȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1 Telefon 45
--	--	--

SUMARUL :

Articole științifice :

Prof. Dr. I. Hațieganu și Dr. T. Spârchez : Punctia sternală, ganglionară, splenică și hepatică în diferitele forme clinice de mononucleoză infecțioasă	Pag. 49
Prof. Dr. Alexandru Pop și Dr. Ioan Prăgoiu : Osteosinteza prin începulre cu material autoplatic	" 57
Dr. A. Moga, Dr. R. Josan și Dr. Gh. Ioanoviciu : Intoxicație cu plumb în masă, apărută în mediu rural	" 62

Doctrina medicală în noua orânduire profesională :

Prof. Dr. M. Kernbach : Dreptul la sănătate și dreptul de a vindeca în lumina etatizării bolnavilor și medicilor	" 66
--	------

Medicină preventivă :

Prof. Dr. Gheorghe Popoviciu : Rosturile pediatriei și puericulturii	" 75
--	------

Societăți medicale	" 81
------------------------------	------

Revista cărților	" 83
----------------------------	------

Inspekția, palpația, percuția și ascultația de Prof. Dr. Werner W. Siebert. — Lecția de Dr. R. Kunze și Dr. H. C. Buer. — Debutul tuberculozelor pulmonare la adult de Prof. Dr. H. Braeuning.

Note și informațiuni	" 85
--------------------------------	------

Decrete și Decizii Ministeriale. — Posturi vacante.

Bibliografie	" 86
------------------------	------

Prevenirea infecțiunii
prin

Paragen

Combinație de polipeptide, produse de desasimilare a albuminelor și derivate chinolinice.

Antibacterian - Desintoxicant
Mărind puterea de rezistență

Indicațiuni:

Reumatism infecțios, mai cu seamă reumatismul articular acut, stări reumatoide acute și formele cronice cu paroxisme. Afecțiuni septice. Terapie adjuvantă în infecțiunile toxice ca difteria, scarlatina ș. a.

Afecțiuni alergice.

Cutii cu 3 și 5 fiole de 2 cmc.

» *Bayer* «



LEVERKUSEN

UN PRODUS CHIMIC ROMÂNESC

SEPTICEMII

SCARLATINĂ
ERIZIPEL
ENDOCARDITĂ LENTĂ
AVORTURI SEPTICE
FACERI COMPLICATE
AMIGDALITĂ



SULFAZOL
TABLETE



FABRICA HYGEA CLUJ S. A. R.
BUCUREȘTI

Conținut: Chlorhidrat de sulfamido-chriso-
idină și p.-Aminobenzensulfamidă,
2 : 1.

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCHILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări

și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CA

RUBIAZOL
COLORANT AZOIC

este
**CEL MAI ACTIV și
COMPLET ATOXIC**

DOZA ZILNICĂ:
6-12 comprimate
2-3 fiole



LABORATOIRES  DU DR. ROUSSEL-PARIS

Eșantioane Medicale și literatură la:

Reprezentanța generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTETIA” S. A. R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREȘTI, III

Telefon 221.38

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Puncția sternală, ganglionară, splenică și hepatică în diferitele forme clinice de mononucleoză infecțioasă

Prof. Dr. I. Hațieganu

Prof. Dr. T. Spârchez

Mononucleoza infecțioasă cu modificări sanghine și serologice cunoscute, se prezintă sub diferite sindrome clinice.

Filatow și Pfeiffer au descris-o în 1885—1889 pentru prima dată sub numirea de febra ganglionară. În ultimul timp în cunoașterea acestui sindrom s'au făcut progrese mari, bazate pe observațiuni clinice, cercetări biologice și morfologice sanghine, care au contribuit la lărgirea cadrului clinic.

Simptomele variate au fost sistematizate și grupate, stabilindu-se diferite forme clinice, după predominanța unora în cursul evoluției boalei.

Examenului ematologic i se dă o importanță deosebită din 1907 și coincide cu observația făcută de Turk asupra unui caz de febră ganglionară, stabilind diagnosticul de leucemie acută limfatică la un bolnav cu adenopatie, angină, splenomegalie și reacție limfocitară pronunțată. Vindecarea bolnavului a determinat modificarea diagnosticului.

Lui Hângănuș și Deicher le revine meritul de a fi semnalat pentru prima dată în 1924 reacția de seraglutinație pozitivă în mononucleoza infecțioasă. Această reacție are valoare diagnostică prețioasă. În cazurile dubioase sau incipiente este hotărâtoare. Testul serologic este utilizat pe o scară întinsă întru cât se poate evidenția înaintea multor semne clinice sau ematologice.

Seroreacția Hângănuș-Deicher este considerată de unii autori ca reacție specifică. În numeroase lucrări apărute în această fază interesantă a studiului mononucleozei infecțioase s'a dat o importanță deosebită reacțiunilor serologice.

În lumina acestor cercetări se conturează mai precis sindromul de mononucleoză infecțioasă.

Unii autori fac deosebire din punct de vedere clinic între febra ganglionară cu caracter epidemic — survenind la copii — și angine cu monociti sau limfociti atipici, care apare la adulți și are caracter sporadic.

Diferitele forme clinice cu simptome inegale și variate au pus în discuție denumirea sindromului.

S'a remarcat că numirile de febră ganglionară sau adenită limfoidică acută nu sunt corecte, întru cât reacția ganglionară nu se constată la toți bolnavii.

De asemenea este improprie și numirea de angină monocitară sau angină cu limfocitemie acută, simptomele de angină lipsind în unele cazuri. Majoritatea ematologilor se pare că sunt de acord, acceptând astăzi sugestia autorilor americani Sprunt și Ewans care propun numirea de mononucleoză infecțioasă.

În adevăr mononucleoza este constatată în toate cazurile și imprimă o entitate sindromului cu forme clinice variate.

Etiologia este necunoscută. Agentul patogen ar fi un virus necunoscut, infecțios, care transmite la mamă realizează simptomatologia clinică și sanghină a mononucleozei. Caracterul infecțios al virusului reiese și din observația lui Wising, care a remarcat la un bolnav inoculat accidental, adenopatie cu reacție limfoidă în sânge.

Virusul are afinitate deosebită față de țesutul reticulo-endotelial, în special față de țesutul limfoid. Ajuns în organism determină reacții puternice în acest țesut, în ganglion, în amigdale, splină, ficat, deci în toate organele unde există structură de țesuturi identice.

După agresivitatea virusului și după reacția organismului bolnav se pot realiza cele mai variate tablouri

simptomatologice, pe care autorii le-au sistematizat și grupat în forme clinice deosebite.

În ultimii ani am dat și noi în clinica medicală din Cluj atenție deosebită sindromului de mononucleoză infecțioasă.

Am studiat din punct de vedere clinic, ematologic și serologic 10 cazuri care au prezentat particularități deosebite.

Observațiile noastre aduc o contribuție în studiul mononucleozei mai ales în studiul ematologic. Pe lângă examenul sângelui periferic, am urmărit mielograma în fiecare caz, observând astfel în mod paralel reacțiunile produse în evoluția boalei.

La doi dintre bolnavi, studiul nostru a fost completat — pe lângă punctile sternale — prin punctii hepatice, splenice și ganglionare.

Aceste bipsii ale organelor emato-poetice sunt foarte puțin cunoscute mai ales în mononucleoză infecțioasă. Până în prezent nu au apărut decât câteva publicații răslețe.

Am executat aceste punctii, considerând că ele reflectează imaginea reacțiilor patologice produse în organe. Această reacțiune aduce lămuriri relativ la alterațiunile anatomo-patologice viscerale.

În ce privește punctiunea sternală, *Schulten, Henning, Klima, Rhor, Moeslin* descriu formula mielogramică normală. *Markoff, Fremann, Weil*, constată limfocitoză pronunțată. Deci rezultatele obținute până în prezent, nu sunt concludente.

După părerea noastră punctiunea sternală constituie un element precis în studiul și diagnosticul sindromului de mononucleoză. Cazurile observate de noi le împărțim în două categorii:

Grupa I. cuprinde 6 bolnavi cu semnele clinice și ematologice caracteristice, iar mielograma de aspect normal.

Grupa II. cuprinde 4 cazuri cu modificări evidente în formula mielogramică.

Cazuri de mononucleoză infecțioasă cu mielogramă normală.

Obs. I. L. M. 24 ani. Debut brusc, cu ascensiuni febrile, 40°, dureri de gât, jenă pronunțată la înghițire. A doua zi dureri în extremități, migrenă, tumefierea ganglionilor cervicali și axilari. În zilele următoare pachetele ganglionare din regiunea inghinală se tumefiază, are dureri în abdomen.

Examenul obiectiv: amigdale mărite, iperemiate, conținând dopuri de puroiu. Ganglionii din regiunile cervicale, axilare, inghinale de mărimea unor cireșe, duri, foarte puțin sensibili la presiune. Splina depășește falsele coaste cu trei laturi de deget. Este regulată. Ficatul se palpează de un lat de palmă, suprafața netedă, puțin dureroasă.

Examen sanghin: Leucocite 12.000. Globule roșii 3.600.000, emoglobina 57%, valoarea globulară 0,95. Polinucleare neutrofile 19, metamielociți 1, mononucleare 80, (72 celule limfatice atipice sau limfoide, 8 celule cu aspectul limfocitelor monocitoizi). După spleno-contracție prin injecții de adrenalină, numărul leucocitelor

nu variază, mononuclearele ajung 90%. Nu apar elemente tinere la periferie. Volumul splinei se reduce cu 2 degete.

Reacția *Hângănuf-Deicher* pozitivă. Punctiunea sternală: polinucleare neutrofile 18, metamielociți 6, mielociți neutrofile 12, mielociți eosinofili 1, promielociți 5, limfociți adulți 14, limfociți atipici 6, monociti 6, celule ferrate 3, celule reticulare 4, normoblaști 22, eritroblaști 3.

Evoluție: Febra se menține 4 săptămâni, având aspectul curbei termice ca în febra tifoidă. După 2 luni tabloul sanghin și mielograma sunt normale. Splina și ficatul între limitele obișnuite.

Obs. II. K. Kl. de 18 ani. De 1 săptămână dureri în gât, ganglionii retroauriculari măriți, după câteva zile pachete ganglionare în regiunea cervicală, axilară și inghinală. Are dureri în ipocondrul drept. După 3 zile temperatura crește. Bolnavul se plânge de jenă la deglutiție și dureri de cap.

Obiectiv: Temperatura nu trece de 37,8. Grupurile ganglionare de mărimea unor alune, duri, puțin sensibile. Amigdalele hipertofiate, congestionate. Ficatul, splina, depășesc falsele coaste cu 2 degete. Reacția *Wassermann*, reacția *Hângănuf-Deicher*, negative. Urina fără elemente patologice.

Examen sanghin: Globule roșii 3.800.000, emoglobina 58%, leucocite 8600. Polinucleare neutrofile 22, polinucleare eosinofile 3, celule endoteliale 9, mononucleare 68 (monociti atipici 51, limfociți atipici 17).

Mielograma: Polinucleare neutrofile 20, metamielociți neutrofile 7, metamielociți eosinofili 1, mielociți 26, mieloblaști 1, limfociți 12, normoblaști 29, eritroblaști 9, megaloblaști 1, celule ferrate 1.

Evoluție: După 2 săptămâni temperatura este normală, ganglionii de mărimea unei boabe de fasole, splina, ficatul abea se palpează, sub falsele coaste. Leucocite 7600, mononucleare 56, cu dominarea limfocitelor atipici. După 6 săptămâni micro-poliadenopatia este discretă, leucocitele 7200, polinucleare neutrofile 52, limfocite adulte 38, monociti 8, polinucleare eosinofile 2%.

Obs. III. G. M. 23 ani. De o săptămână ascensiuni febrile 39 grade, dureri în gât, indispoziție, debilitate, migrenă. Este trimis în clinică cu diagnosticul de gripă cu amigdalită foliculară.

Examen obiectiv: Temperatura 39. Anghină foliculară, ganglionii cervicali măriți. Splina depășește falsele coaste cu un deget. Ficatul între limite normale. Urina fără elemente patologice.

Examen sanghin: Globule roșii 3.600.000, emoglobina 56, valoarea globulară 0,90. Leucocite 7600, polinucleare neutrofile 36, polinucleare eosinofile 2, polinucleare basofile 2, mononucleare 60 (cu predominanța limfocitelor atipici 50%).

Mielograma: Polinucleare neutrofile 40, polinucleare eosinofile 1, metamielociți neutrofile 9, mielociți neutrofile 11, mielociți eosinofili 1, promielociți 3, mieloblaști 1, celule reticulare 1, limfociți 3, megacariociti 1, normoblaști 25, eritroblaști 3.

Evoluție: După 2 săptămâni simptomele locale de angină dispărute, ganglionii nu se palpează, mononucleoză se reduce la 50%. După 4 săptămâni tabloul sanghin revine la normal.

Obs. IV. G. I. 25 ani. Debut brusc, cu dureri în gât, temperatura 36, migrenă, stare generală proastă. Febra se menține ridicată, are dureri în abdomen. Este trimis în clinică cu diagnostic de amigdalită.

Examen obiectiv: Amigdalele congestionate, acoperite cu false membrane, aspect difteroid. Examenul bacteriologic negativ pentru bacili difterici. Temperatura oscilează între 38,5–39,5. Ganglionii cervicali, axilari măriți. Ficatul, splina, depășesc falsele coaste cu 3 degete. Urina fără elemente patologice. Reacția *Wassermann* negativă, reacția *Hângănuf-Deicher* nu s'a făcut.

Examen sanghin: globule roșii 3.500.000, emoglobina 52, valoarea globulară 0,80. Leucocite 9000, polinucleare neutrofile 18, celule endoteliale 2, celule plastice 2, mononucleare 78, (limfociți atipici 18, monociti atipici 60).

Mielograma: Polinucleare neutrofile 16, polinucleare basofile 1, metamielociți neutrofili 7, mielociți neutrofili 11, mielociți eosinofili 2, promielociți 4, mieloblaști 1, ferrata 2, celule reticulare 2, monociti 7, limfociți 3, normoblaști 31, eritroblaști 8.

Evoluție: După 3 săptămâni bolnavul se simte bine, mononucleoza are tendință de regresie, ficatul, splina între limite normale.

Obs. V. T. D. 28 ani. Boala debutează brusc, cu frison, ascensiuni febrile 39,4, transpirații, migrenă, stare de apatie, oboseală. Este tratat de un medic cu injecții de chinină și prafuri antipiretice. Simptomele persistând, e îndrumat în clinică.

Obiectiv: Discretă iperemie faringeană, ganglioni măriți nu se palpează. Splina, ficat, între limite normale. Urină fără elemente patologice.

Examen sanghin: Globule roșii 4.000.000, emoglobină 78. Leucocite 10.000, polinucleare neutrofile 41, polinucleare eosinofile 1, celule endoteliale 1, mononucleare 57, (limfociți mici 25, limfociți atipici 26, limfociți monocitoizi 6).

Mielograma: polinucleare neutrofile 50, polinucleare eosinofile 1, polinucleare basofile 1, metamielociți neutrofili 9, mielociți neutrofili 10, mielociți eosinofili 1, promielociți 5, limfociți 3, monociti 4, celule reticulare 2, eritroblaști 2, normoblaști 12.

Reacția *Widal*, emocultura, reacția *Hängänuț-Deicher* negative.

Evoluție: Temperatura se menține 25 zile, curba termică asemănătoare ca în febră tifoidă. În acest interval bolnavul nu a prezentat alte simptome, (ganglioni, splenomegalie, angină). După 3 săptămâni leucocitele coboară la 6600, polinucleare neutrofile 36, limfocite 22, monocite 8, polinucleare eosinofile 2.

Obs. VI. P. S. 13 ani. Bolnav de o lună. Debut brusc cu dureri difuze în abdomen, mai exprimate în regiunea periumbilicală, grețuri. După 2 zile temperatura 38,5, dureri de cap în regiunile parietale, transpirații. Aceste simptome se mențin 4 săptămâni. Bolnavul este inapetent, slăbește. Durerile în abdomen sunt mai exprimate după alimentație la 4-5 ore. Scaun regulat.

Obiectiv: Temperatura 38,2, splina, ficat, nu se palpează, ganglioni măriți nu are. Aparatul cardio-pulmonar, faringe, amigdale, normale. Sensibilitatea la presiune în epigastriu și periumbilical, fără defensă musculară.

Examen sanghin: Globule roșii 4.200.000, emoglobină 71, valoare globulară 1. Leucocite 22.800, polinucleare neutrofile 28, polinucleare eosinofile 3, celule endoteliale 1, mononucleare 65, (limfociți atipici 47, limfociți monocitoizi 15), limfoblaști 2. Sedimentarea de globule roșii normală. Reacția *Wassermann*, reacția *Hängänuț-Deicher* negative.

Mielograma: Polinucleare neutrofile 30, polinucleare eosinofile 6, mielociți 16, mielociți eosinofili 1, promielociți 5, mieloblaști 2, limfociți 10, eritroblaști 9, normoblaști 11, celule reticulare 1, celule plasmatică 2, limfoblaști 0.

Evoluție: După 5 săptămâni temperatura are tendință de coborîre, starea generală bună, leucocitoza diminuată, mononucleoza se menține. Bolnava părăsește clinica.

Cazuri de mononucleoză infecțioasă cu mielogramă patologică.

Obs. VII. D. J. 38 ani. De 5 săptămâni dureri în abdomen, de intensitate nu prea mare, tegumente conjunctive icterice, urina de culoare închisă. După 2 săptămâni bolnavul se plînge de grețuri, inapetență față de grăsimi, jena în epigastriu este exprimată. Scaun normal. De 10 zile este febril. Temperatura maximă nu trece de 38 grade.

Obiectiv: Tegumente, conjunctive icterice. Ganglionii nu se palpează. Ficatul depășește falsele coaste cu un lat de palmă, e neted, moale, nedureros. Splina întrecă falsele coaste cu 4 degete. Urina de culoare brună, conține pigmenți biliari, urobilinogen

pozitiv. Cholesterina 1,70%, bilirubina metoda indirectă 1 $\frac{1}{4}$ unități. Proba de galactozurie normală. Reacția *Takata-Ara* negativă.

Stabilim diagnosticul de sindrom hepato-splenomegalie cu icter. Bolnavul nu a abuzat de alcool, nu prezintă circulație colaterală pe peretele abdominal, nu are ascită. Probele biologice pentru chist hidatic negative. Reacția *Wassermann* negativă.

Examen sanghin: Leucocite 14.400, polinucleare 3, mononucleare 97 (limfociți mici 5, limfociți atipici 82, monociti atipici 7, celule plasmatică 1).

Mielograma: Polinucleare neutrofile 6, metamielociți 2, mielociți neutrofili 4, mielociți eosinofili 1, promielociți 1, mieloblaști 1, normoblaști 7, eritroblaști 2, celule reticulare 2, celule plasmatică 2, mononucleare 72 (limfociți atipici 54, monociti atipici 11), limfoblaști 0, limfociți mici 7.

Splenoccontractie după adrenalină: Leucocitoza după 20 minute 45.600, după 40 minute 42.600, după 60 minute 17.000, după 3 ore 12.000.

Tabloul sanghin nu suferă modificări prea evidente.

Evoluție: După 2 săptămâni tabloul sanghin nu este prea mult schimbat, în mielograma mononuclearele diminuează la 65%. După 2 luni icterul se observă numai la conjunctive, ficatul, splina, se palpează depășind falsele coaste cu 3 degete. Leucocite 12.000. Mononucleoza 65%, în mielogramă aceste elemente fiind prezente într-o proporție de 58%. După 3 luni ficatul, splina, abia palpabile, icterul este discret. Leucocite 9000, mononucleare 5%, în mielogramă mononucleare atipice 30%.

Obs. VIII. I. H. 19 ani. Debut brusc cu temperatură 39,5, migrenă, oboseală. După 4 zile dureri în gât, jena la deglutiție, amigdalită foliculară. Temperatura se menține ridicată. După 8 zile amigdalele sunt acoperite de membrane cenușii. Starea generală rea, bolnavul este astenic.

Examen sanghin: Leucocite 9500, polinucleare 50, mononucleare 50 (limfociți atipici 40, monociti atipici 10). După 5 zile: leucocite 17.500, polinucleare 35, mononucleare 52, (limfociți atipici 46, monociti atipici 7), limfociți mici 8, monociti 4. După 10 zile leucocite 17.000, polinucleare 20, mononucleare 80, limfociți atipici 60, monociti atipici 7, (limfociți mici 10, monociti 4). După 3 săptămâni leucocitele diminuează, 10.000, procentul mononuclearelor coboară la 57%. După 6 săptămâni tabloul sanghin este puțin modificat.

Urina fără elemente patologice, ganglioni măriți nu se palpează, splina, ficatul, între limite normale. Examen bacteriologic făcut din secreție amigdaliană arată floră cu spirili și stafilococi. Culturile pentru bacili *Loeffler* au rămas negative.

Puncția sternală s'a executat în faza când bolnavul a prezentat leucocitoza mărită, cu mononucleoza evidentă în sânge.

Mielograma: Polinucleare neutrofile 6, metamielociți 2, mielociți neutrofili 5, mielociți eosinofili 1, mielociți basofili 1, limfociți mici 8, mononucleare 68, (limfociți atipici 58, monociti atipici 10), celule reticulare 1, celule plasmatică 2, normoblaști 5, eritroblaști 1, limfoblaști 0.

Obs. IX. C. R. 24 ani. Debut brusc cu dureri în gât, vătășuri, febră 40 grade. Fiind examinat de un medic, îi constată splenomegalie, suspectând diagnosticul de febră tifoidă. Pentru clarificarea diagnosticului e îndrumat în clinică.

Examen obiectiv: angină foliculară, splină mărită, polul inferior ajungând sub linia ombilicală. Pachete ganglionare discrete în regiunea axilară cervicală și inghinală. Ficatul depășește falsele coaste cu 2 degete. Urina conține urobilinogen, Reacția *Wassermann*, reacția *Takata-Ara* negative. Reacția *Hängänuț-Deicher* pozitivă.

Examen sanghin: leucocite 10.000, polinucleare neutrofile 33, polinucleare eosinofile 1, mononucleare 50 (monociti 5, monociti atipici 25, limfociți mici 4, limfociți atipici 16).

Mielograma: Polinucleare 25, metamielociți 8, mielociți neutrofili 14, mielociți eosinofili 2, mieloblaști 2, megacariociti 1, eri-

troblaști 8, celule reticulare 1, celule plasmatiche 1, mononucleare 60 (monociți atipici 32, limfociți atipici 28).

Splenograma: reacție limfatică evidentă. Polinucleare neutrofile 12, polinucleare eosinofile 2, limfociți mici, limfociți mijlocii 62, mononucleare atipice 13, monociți atipici 6, celule plasmatiche 4.

Hepatograma: În frotiu se văd elemente celulare variate: placarde de celule hepatice, celule reticulare și mononucleare atipice grupate sau diseminate. Aceste ultime elemente atipice au protoplasma abundentă basofilă, nu prea intens colorată. Dimensiunile celulelor egale cu cele din sângele periferic.

Evoluție: Temperatura se menține. După 4 săptămâni prezintă simptome de flebită a extremității inferioare stg. La interval de 14 zile se tumefiază și piciorul drept cu semne caracteristice de flebită. Imobilizăm extremitățile, aplicăm comprese, lipitori, dăm antiseptice, sulfamide. După 3 săptămâni se instalează flebita membrului superior stg.

Spleno-hepatomegalia nu s'a modificat.

După 6 săptămâni repetăm punctia sternală, imaginea mielogrammei normală.

După 3 luni splina se menține mărită, bolnavul are temperatură subfebrilă. Facem amigdalectomia, care a fost bine suportată. Splenograma, hepatograma în această perioadă sunt normale. După 5 luni bolnavul părăsește clinica vindecat.

Obs. X. R. 132 ani. Debut brusc cu frison, ascensiuni febrile, dureri de gât, indispoziție. În ziua următoare apar pachete ganglionare în regiunea cervicală, axilară, occipitală, inghinală. Bolnavul prezintă fenomene de torticolis.

Examenul obiectiv: Amigdalele hipertrofiate, ganglionii de mărimea unor cireșe. Ficatul, splina, se palpează sub falsele coaste cu 3 degete. Urina conține urobilinogen, conjunctivele icterice.

Temperatura se menține 3 săptămâni oscilând între 38—39,5.

Examen sanghin: leucocite 25.000, polinucleare neutrofile 11, polinucleare eosinofile 3, limfociți mici 12, monociți 6, mononucleare 68 (limfociți atipici 42, monociți atipici 26).

Mielograma: polinucleare neutrofile 12, metamielociți 3, mielociți neutrofili 8, mielociți eosinofili 2, promielociți 6, mieloblaști 1, normoblaști 12, eritroblaști 6, celule reticulare 3, celule plasmatiche 2, mononucleare 47 (monociți atipici 21, limfociți atipici 23), limfociți mici 3.

Splenograma: polinucleare neutrofile 14, polinucleare eosinofile 2, limfociți 84 (limfociți mici 40, limfociți mari 12), limfociți atipici 16, monociți atipici 6, celule plasmatiche 2, monociți 8.

Hepatograma: Numeroase placarde de celule hepatice, celule reticulare, endoteliale și pe întreg câmpul microscopic se văd diseminate sau grupate celule limfoide sau limfociți monocitoizi.

Adenograma: Densitatea celulară bogată. Limfociți adulți 84, celule plasmatiche 3, limfoblaști 3, celule atipice, monoblaști limfatici 9, celule plasmatiche tinere 1.

Simptomatologie și forme clinice.

Cele 10 observații de mononucleoză descrise de noi sunt cazuri sporadice, survenite la indivizi adulți cu excepția unei bolnave de 13 ani.

Observațiunile noastre cu simptomatologie variată și inegală le încadrăm în deosebite forme clinice: 1. febra ganglionară, 2. angina limfoidă, 3. forma abdominală, 4. forma hepato-splenomegalică cu icter, 5. forma febrilă, 6. forma larvată cu leucopenie, 7. forma leucemoidă.

1. *Febră ganglionară.* Cazurile I, II, III și X, se grupează din punct de vedere clinic în această formă descrisă de Pfeiffer. Virusul având caracter limfaden-

otrop cu determinări specifice asupra întregului țesut limfold, ne-a dat tabloul clinic caracterizat prin adenopatie, amigdale mărite și spleno-hepatomegalie. Debutul a fost brusc, cu sau fără frison.

În toate aceste cazuri adenopatia a fost simptomul dominant, la cel mai mult bolnav fiind prinse toate regiunile ganglionare. Dimensiunile ganglionilor au variat de la mărimea unui bob de fasole la mărimea unei clreșe. În Obs. Nr. III, pachetele ganglionare au fost remarcate numai în regiunea cervicală.

Adenopatia s'a redus după 1—3 săptămâni. În formele febrile prelungite ganglionii s'au menținut, având tendință lentă de regresune.

Splenomegalia și hepatomegalia au fost prezente în majoritatea cazurilor. Consistența acestor organe nu era prea dură, având suprafața netedă și foarte puțin sensibilă la palpare. Dimensiunile — în funcție de reacția țesutului limfold — au depășit în cazurile noastre falsele coaste cu 1—5 degete. Revenirea la forma normală s'a făcut în decurs de 2—14 săptămâni, splenomegalia regresând în ritm mai lent.

Bolnavii au fost febrili 6—21 zile, având temperatura subfebrilă sau ridicată până la 39,5. În cazul Nr. I, curba termică este asemănătoare cu a febrei tifoid.

2. *Forma de angină limfoidă.* În această formă se încadrează observațiunile IV, V, VIII, IX.

Simptomul important este angina. Debutul a fost brusc, cu ascensiuni febrile până la 39—40 grade, astenle, oboesală, migrenă. Amigdalele sunt mărite, hipertrofiate cu leziuni de angină, folliculare, pseudomembranoasă sau necrotică. Toți bolnavii noștri au fost trimiși în clinică cu diagnosticul de gripă complicată cu amigdalită. În cazul VIII falsele membrane aderente de amigdale au culoare cenușe cu aspect difteroid. În acest sindrom, amigdalele sunt asociate cu infecții microbiene secundare, supraadăugate, care deformează tabloul obișnuit al boalei, dând complicații locale, dominând întreaga simptomatologie clinică, fără să aibă legătură cu boala inițială.

Adenopatia a lipsit în observațiunile IV, V, VIII, iar splenohematomegalia în cazurile V și VIII.

Observația Nr. IX este una dintre cele mai rare și interesante. În literatura care ne-a stat la dispoziție în ce privește mononucleoza infecțioasă, nu am găsit tablou similar cu flebită progresivă și multiplă. Temperatura ridicată hepatomegalia, splina mărită, polul inferior ajungând în dreptul liniei ombilicale, denotă virulența infecției. Hipertrofia splenică s'a menținut 4 luni. Temperatura a fost continuă, amigdalele erau congestionate, acoperite cu foliul de puroiu.

Fenomenele de flebită apar după 4 săptămâni la piciorul stâng, apoi — cu toate precauțiunile luate în timpul tratamentului la interval de 3 săptămâni, se în-

stalează fenomenele de flebită la membrul inferior drept și superior stâng.

Nol atribuim rolul determinant în patogenia flebitel infecției secundare asociate pe un teren afectat de virusul mononucleozel infecțioase cu afinitate și reacții specifice față de țesutul limfoid.

3. Forma abdominală.

Observațiunea VI constituie o formă atipică de mononucleoză, săracă în semne clinice. Bolnava a fost internată în spital pentru dureri mari în abdomen. Localizate în punctele periumbilicale și regiunea fosei iliace drepte, durerile apăreau sub formă de colice, de durată nu prea lungă. La palpare lipsește apărarea musculară. Temperatura a oscilat între 38—39 grade, revenind la normal după 4 săptămâni.

Această simptomatologie curioasă, pe care o etichetăm de mononucleoză formă abdominală, se poate confunda foarte ușor cu sindroamele abdominale acute.

Evoluția lungă, starea generală bună, lipsa defensei și variabilitatea localizării durerilor o diferențiază de alte afecțiuni.

Sunt descrise și forme abdominale cu colici și diaree, care se pot confunda cu toxinfecții alimentare.

Baumgarten a publicat un caz similar. Bolnavul fiind suspectat de apendicită, a fost operat. La intervenția chirurgicală s'a constatat prezența ganglionilor mezenterici inflamați de dimensiuni reduse.

Durerile abdominale, cu semne obiective de mezenterită le explicăm și în cazul nostru prin inflamația și iritația ganglionilor mezenterici. Această iritație poate să fie mecanică sau toxică și interesează plexul solar.

4. Forma hepatosplenomegalică cu și fără icter.

O formă clinică rară este observațiunea Nr. VII cu un tablou clinic caracterizat prin sindrom hepatosplenomegalic cu icter.

Hepatomegalia în tabloul mononucleozel a fost semnalată de Pfeiffer. În 1924 Mackey, Wackefiels au descris cazuri de mononucleoză cu hepatomegalie icter și hipertrofie ganglionară. Naegeli publică o observație similară, considerând icterul de origine mecanică, produs prin adenopatie compresivă localizată la hilul ficatului.

În 1939 la Societatea de hematologie și Societatea Științelor Medicale din Paris s'a dat o atenție deosebită mononucleozel având forma hepatosplenomegalică, fără adenopatie.

Ceea ce constituie o particularitate în cazul nostru, este lipsa anginei și adenopatiei, tabloul clinic rezumându-se la sindromul hepatosplenomegalic cu icter.

Debutul acestei forme clinice este lent, cu inapetență, grețuri, balonări, ușoare dureri abdominale localizate în ipocondrul drept, ascensiuni febrile. După câteva zile urina este roșietică închisă, apare icterul la început pe conjunctive, apoi progresiv pe tegumente. Ficatul, splina se măresc în câteva zile ajungând la di-

mensiuni destul de mari. În prima fază manifestățiunile clinice se pot confunda cu icterul infecțios. Hipertrofia ficatului și a splinei care apare precoce în mononucleoza infecțioasă, o diferențiază de alte afecțiuni.

În perioada de stare, — în cazul nostru, — ficatul depășește falsele coaste cu un lat de palmă, este neted, moale, puțin sensibil. Splina întrece marginea coastelor ajungând aproape în dreptul liniei ombilicale. Icterul nu e prea intens. Și în această fază se pot face confuzii de diagnostic.

Antecedentele scurte, lipsa circulației colaterale, reacția Takata-Ara negativă, exclud ipoteza cirozei. Funcțiunile ficatului normale arată integritatea funcțională a acestui organ.

Regresarea precesului hepato-splenomegalic cu evoluția favorabilă a bolii este un alt semn important în toate cazurile de mononucleoză, constituind al doilea simptom în diagnostic, simptom constant în toate formele de mononucleoză.

În ce privește mecanismul patogenetic al icterului nu trebuie să fie trecut cu vederea faptul, că ficatul este un organ bogat în țesut reticulo-endotelial, față de care virusul specific are afinitate deosebită. Hepatograma la bolnavii IX—X, constituie un argument prețios în favorul ipotezei, constatănd în froturile recoltate o bogăție de elemente atipice limfoidale.

Icterul este de origine hepato-celulară. Reacția țesutului reticulo-endotelial, care are un rol în fabricarea bilirubinei și infiltrația de celule atipice care poate fi perivasculară, deranjează funcția delicată a celulei hepatice, devine incapabilă de a primi și a elimina pigmentii biliari. Bilirubinemia ușor crescută în sânge arată că permeabilitatea celulelor hepatice este discret alterată.

5. Forma febrilă. Simptomatologia acestei forme de mononucleoză este foarte vagă.

În tabloul clinic domină semnele generale care le întâlnim în faza incipientă a diferitelor stări infecțioase: debut brusc, uneori cu frison, dureri de cap, apatie, oboseală. Temperatura este ridicată cu oscilațiuni până la 39 grade. Curba termică în cazul nostru (obs. V), imită traseul din febra tifoidă.

Leucocitoza ridicată exclude infecțiunile tifice paratifice. Organele hematopoetice nu reacționează, ficatul, splina sunt între limite normale. Ganglionii măriți nu se palpează, iar amigdalele și faringele sunt normal colorate.

Diagnosticul în aceste forme de mononucleoză îl facem numai din studiul emogramei.

6. Forma larvată cu leucopenie.

7. Forma cu reacții leucemoide.

Aceste două forme descrise de Schultz nu au fost observate în cazul nostru.

Examenul sanghin. Examenul sângelui are o valoare absolută în diagnosticul mononucleozei infecțioase. Niciunul din elementele de investigație nu oferă rezultate atât de categorice. În cele 10 cazuri studiate, sistemul eritroblastic a fost intact, numărul leucocitelor a oscilat între 10,000—25,000, iar în câteva cazuri în perioade de regresione s'a produs o leucopenie discretă.

Formula sanghină a fost modificată în urma procesului inflamator și hiperplastic al țesutului limfoid din întreg organismul. Polinuclearele au fost reduse. Elementele mononucleare domină tabloul microscopic. Limfocitii mici și mijlocii în fază acută sunt în număr redus. În perioada de convalescență, limfocitoza este pronunțată și se menține timp mai îndelungat. Numărul monocitelor este normal sau discret mărit.

Ceea ce imprimă o notă deosebită formulei sanghine este prezența mononuclearelor care nu le găsim în sângele normal. Procentul lor variază 40—97. Sunt celule asemănătoare limfocitelor mijocii sau mari. Au însă cromatina nucleară laxă, cu sau fără nucleoli. Protoplasma este bogată, abundentă, hialină. Forma nucleului este variată: rotundă, ovalară turtită. Aceste elemente sunt etichetate ca celule limfoide sau limfociti atipici. Elementele cu nucleu atât de variat le interpretăm ca celule diferențiate după vârsta lor.

Un alt grup de celule este format de elemente asemănătoare monocitelor. Au structura cromatiniană mai fină, nucleul omogen, turtit sau lobat, situat excentric, de culoare mai deschisă. Protoplasma are nuanță albastră, fără granulații azurofile. Aceste celule sunt descrise ca monociti atipici, elemente monocitoide sau monociti limfocitoizi.

Celulele protoplasmatice au fost prezente în câteva cazuri. Unele au protoplasma mai bogată, spongioasă, granulată de culoare albastră mai deschisă. Se consideră ca forme de trecere între limfocitii atipici și celulele plasmatiche.

Aceste variațiuni morfologice celulare au determinat pe unii autori să descrie 2 boli diferite: angina monocitară și angina cu celule limfoide, în funcție de varietatea elementelor mononucleare.

Și în tablourile noastre am constatat în unele cazuri predominanța celulelor atipice limfoide, iar în alte cazuri elemente monocitoide. Toate aceste celule constituie o singură categorie din punct de vedere genetic, care derivă din țesutul limfoid. Este deci o greșală de a admite existența a două boli cu două categorii de celule din punct de vedere morfologic.

Elemente tinere, limfoblasti, am constatat la un bolnav. Prezența acestor celule crează dificultăți din punct de vedere diagnostic. În aceste cazuri punctia sternală este absolut indicată.

În evoluția bolii am observat că echilibrul celular se modifică. În perioada terminală apar limfociti

adulti. Puterea virusului limfadenotrop diminuează, limfopoza revine la normal.

Nu putem stabili un paralelism între formula leucocitară și gravitatea bolii. Procentul de celule atipice a fost mărit și în cazurile ușoare. În formele clinice fără adenopatii și angine tabloul păstrează același aspect caracteristic, elementele fiind aruncate în sângele periferic de țesutul limfoid iritat, oriunde s'ar afla.

Infecțiile supraadăugate în cursul evoluției bolii modifică raportul între elementele sanghine. În cazul IX, cu apariția febrei, procentul granulocitelor a crescut.

Punctia sternală. Punctia sternală asociată și confruntată cu tabloul sanghin periferic posedă o importanță diagnostică deosebită. Dacă prin examenul hematologic nu putem trage concluzii precise, în cazurile dubioase, imaginea mielogramelor pare hotărâtoare.

Rezultatele obținute prin punctie, în cazurile noastre, nu au fost identice. La 6 bolnavi mielograma își păstrează aspectul polimorf normal. Lipsa de reacție a măduvei osoase, exclude diagnosticul de leucemie limfatică, leucemie monocitară și agranulocitoză, afectiuni cu elemente mononucleare în formula sanghină.

În patru cazuri am constatat paralelism între formula mielogramelor și cea sanghină. Granulocitele au fost diminuate ca număr, procentul mononuclearelor însă ridicat, din punct de vedere morfologic elementele având aspect asemănător cu cele din sângele periferic.

În cazul VII—VIII, reacția limfoidă cu celule atipice a fost evidentă 58—72%. În cazul IX—X, limfocitii atipici și elementele monocitoide au fost găsite în proporții aproape egale, mărite, 20—30%.

Imaginea mielogramelor cu dominarea elementelor mononucleare, se poate confunda ușor cu hiperplaziile celulare de origine leucemică. Lipsa elementelor tinere atât din seria limfatică cât și din seria monocitară exclude diagnosticul de leucemie.

Limfocitoză ridicată în formula mielogramelor avem și în anemia aplastică. Sărăcia de elemente în câmpul microscopic, diminuarea sau absența celulelor eritroblastice, sunt simptome care dau aspectul caracteristic de fizio medulară anemiei aplastice.

Explorarea măduvei osoase în cele 10 cazuri ne oferă două varietăți de mielograme cu două aspecte diferite. Această variabilitate rezolvă discuția contradictorie între grupul de hematologi care descriu imaginea mielogramelor normale în toate cazurile de mononucleoză infecțioasă și între puținii autori care au semnalat modificări evidente în citologia medulară. Deci putem avea în mononucleoză infecțioasă două tipuri de mielograme: una normală și una patologică.

Cazuri identice cu cele patru observații descrise de noi sunt semnalate în întreaga literatură numai de *Fremann, Weil și Markof*. Este probabil însă că punctia

sternală nu a fost studiată destul de temeinic în mononucleoza infecțioasă.

Raportul profund schimbat între seria granulocitară și celelalte grupuri de celule, denotă că în cele patru cazuri virusul mononucleozei infecțioase ar produce reacțiuni puternice interesând țesutul mädular. Nu este o hiperplazie a țesutului mieloid, ci o hiperplazie a țesutului reticular, nu în sens leucemic ci probabil numai un proces iritativ, care modifică echilibrul celular prin apariția și înmulțirea de celule limfoide, care derivă din sistemul reticulo-endotelial.

Mielograma patologică cu dominarea elementelor limfoide se integrează în tabloul clinic al mononucleozei, ca un simptom care survine rar. Prezența lui arată că în organism s'a produs o reacție care a interesat țesutul reticulo-endotelial din întreg aparatul limfoid și hematopoetic.

Prognosticul se menține favorabil și în aceste cazuri.

Am urmărit modificările mielogramelor în cursul evoluției boalei. Hiperplazia limfoidă a avut o durată destul de lungă la bolnavul VI. După 2 săptămâni procentul celulelor atipice scade foarte puțin. Puncția repetată după 2 luni celulele limfoide coboară de la cifra inițială de 72 la 58 procente, iar după 3 luni la 30%. La bolnavul IX, mielograma își recapătă aspectul normal după 6 săptămâni.

Puncția ganglionară este un procedeu de explorare puțin cunoscut din cauza dificultăților de interpretare a celulelor. Ea ne furnizează elemente de certitudine, imaginii tipice asupra procesului ce se petrece în țesutul ganglionar.

Morfologia celulară în mononucleoza infecțioasă a fost studiată de Downey, Stasney, Pawlowsky, iar în timpul din urmă de Weil, Stakel, Tischendorf și Moeschlin.

Puncția ganglionară am studiat-o și noi la bolnavul X. Densitatea celulelor este mai evidentă decât în adenograma normală. Aspectul frotiului indică un proces hiperplastic, cu o reacțiune limfocitară de elemente variate. Spre deosebire de adenograma normală în care domină numărul limfocitelor adulți la 95%, în cazurile noastre proporția acestor celule este mai redusă, 83%, restul elementelor fiind format din celule aparținând seriei reticulare.

După Moeschlin în adenogramă se disting trei categorii de grupuri celulare, 1. *granulocite*, 2. *limfocite*, 3. *celule reticulare* care cuprind *monoblastii limfatici*, *monociti limfatici*, *plasmoblastii* și rare *celule reticulare limfoide*.

În cazul nostru granulocitele au fost absente. Plasmoblastul sau celula tineră plasmatică, o semnalăm în proporția de 1%. Dimensiunea acestei celule este foarte mare. Are protoplasma bogată, intens colorată în alba-

stru, vacuolară. Nucleul conține nucleoli, structura cromatinei este fină, iar dimensiunea lui mărită. Monoblastii limfatici descriși de Moeschlin corespund celulelor limfoide ganglionare a lui Tischendorf. În cazul nostru proporția acestor elemente a fost de 9%. Aspectul lor morfologic este variat, probabil în funcție de stadiul de maturare. Sunt celule de proporție mai mică, ca plasmoblastul. Au asemănare cu monocitii. Protoplasma este de o nuanță albastră nu prea intensă, transparentă. Nucleul are cromatina fină, formele tinere au nucleoli. Forma nucleului variază: rotundă, ovalară, turtită, sau lobată, cu aspect asemănător limfocitelor monocitoizi din emogramă. În unele câmpuri microscopice am observat celule în diviziuni.

Hiperplazia celulară din adenogramă nu are caracter leucemic, numărul limfoblastilor nefiind mărit. Procesul hiperplastic interesează numai țesutul reticular, cu înmulțirea celulelor din această categorie, aruncând în sângele periferic elemente cu aspect morfologic asemănător.

Puncția splinei. În sindroamele sanghine puncția splinei are valoarea unei biopsii. Cu ajutorul acestor metode reușim să diferențiam ușor procesele inflamatorii de splinele leucemice.

Splenograma în mononucleoza infecțioasă este încă în fază de studiu. În monografia asupra „Puncției splinei” Weil, Isch Wall, Perlés redau imaginea unui frotiu bogat în elemente mononucleare. Moeschlin găsește monoblastii limfatici, monociti limfoizi într'un procent ridicat.

În cazurile noastre splenograma are aspectul modificat față de tabloul normal. Diferitele categorii de limfociti care îi găsim în mod obișnuit în splenogramă sunt diminuate ca număr. Constatăm însă prezența celulelor mononucleare atipice, care după Moeschlin le interpretăm ca monoblastii limfatici, monociti limfatici, elemente asemănătoare cu celulele limfoide atipice și cu limfocitii monocitoizi din emograma. Au protoplasma bogată fin granulată, transparentă, cu nuanță basofilă. Nucleu, cu cromatină fină are formă variată ca și celulele din sângele periferic. Se observă numeroase figuri de mitoze. Celulele plasmatice sunt rare.

Imaginea splenogramelor cu prezența celulelor mononucleare atipice ne face să credem că procesul iritativ interesează elementele reticulare, Moeschlin localizează procesul iritativ la nivelul foliculului limfatic din splină.

Puncția ficatului. Puncția ficatului o utilizăm pentru prima dată ca metodă de diagnostic în mononucleoza infecțioasă. În literatura care ne-a stat la dispoziție nu este semnalată hepatograma în studiul acestui sindrom sanghin.

Puncția hepatică în mononucleoza infecțioasă aduce un element nou în diagnostic. În frotiurile recoltate din

această intervenție ușoară, se observă celule hepatice cu nucleul rotund, bogat în cromatină, conținând nucleoli. Protoplasma are formă poligonală, este policromatofilă. Celulele păstrează dispoziția traviculară. Sunt numeroase și celulele endoteliale cu nucleul reniform sau ovalar, având cromatina laxă, dispusă în rețea, oxicromatică, bogată în nucleoli. Protoplasma este intens basofilă, neregulată, abundentă. Unele celule au nucleu situat periferic. Ceea ce imprimă o notă caracteristică hepatogramei este prezența de celule mononucleare atipice asemănătoare celui din sângele periferic. Virusul specific cu afinitate față de țesutul reticulo-endotelial în cazurile de mononucleoză infecțioasă, interesează și ficatul, favorizând hipertrofia acestui organ cu infiltrații de celule limfoide caracteristice.

Ne punem întrebarea, dacă eventual nu celulele lui Kupfer sunt acelea care participă în acest proces iritativ. Se știe că aceste celule fac parte din sistemul reticulo-endotelial. Prin procesul inflamator și iritativ al virusului din mononucleoză infecțioasă, aceste elemente și-ar pierde forma stelată și s-ar transforma în celule mononucleare libere.

Comparând rezultatele obținute prin punctiunile cuplate sternale, ganglionare, splenice și hepatice constatăm imagini microscopice aproape identice, care alături de emograma dau caracterul de entitate din punct de vedere istologic, sindromului cu manifestatiuni clinice atât de variate.

Prin punctiunile cuplate am putut avea o privire de ansamblu asupra procesului ce se petrece în întreg sistemul hematopoetic.

După intensitatea reacțiunilor și localizarea predilectă a virusului cu afinitate deosebită față de țesutul reticulo-endotelial, se conturează tabloul simptomatologic al mononucleozei infecțioase.

Punctiile cuplate marchează fără îndoială o nouă etapă în studiul sindromului de mononucleoză infecțioasă.

Concluzii.

Mononucleoză infecțioasă este un sindrom care survine frecvent.

Apare sub cele mai variate tablouri clinice după predilecțiunea organelor afectate.

Evoluția benignă, reacțiunile biologice și modificările morfologice sanghine imprimă caracterul de unitate sindromului.

Punctiile sternale, ganglionare, splenice și hepatice sunt metode de diagnostic, care arată modificările istologice de la nivelul organelor.

Mielograma este utilă în diagnosticul diferențial față de leucemii.

(CLINICA MEDICALĂ I CLUJ-SIBIU,
Director: Prof. Dr. I. Hațieganu).

RESUMÉ

La punction sternale, ganglionnaire, splénique et hépatique dans les différentes formes de mononucleose infectieuses.

Dans le présent travail les auteurs font une étude très détaillée de l'importance de la punction sternale, ganglionnaire, splénique et hépatique dans les différentes formes de mononucleose infectieuse en liaison avec 10 cas cliniques.

De cette étude ils arrivent aux conclusions suivantes: La mononucleose infectieuse est un syndrome qui survient fréquemment. Elle se présente sous les plus variables tableaux cliniques d'après les organes affectés. L'évolution bénigne, les réactions biologiques et les modifications morphologiques sanguines impriment au syndrome le caractère d'unité. Les punctions sternales, ganglionnaires, spléniques et hépatiques sont des méthodes de diagnostic qui montrent les modifications histologiques au niveau des organes. La myelogramme est utile dans le diagnostic différentiel avec les leucémies.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Probepunktion am Brustbein, Drüsen, Milz und Leber bei verschiedenen klinischen Formen von infektiöser Mononucleose

Die Autoren bringen in obiger Arbeit eine breite und erschöpfende Studie über den Wert der Probepunktion am Brustbein, Drüsen, Milz und Leber bei den verschiedenen klinischen Formen von infektiöser Mononucleose an Hand zahlreicher klinischer Fälle.

Die Arbeit kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Die infektiöse Mononucleose ist ein häufiges Krankheitsbild.

Sie erscheint unter den wechselvollsten klinischen Bildern, je nach der Predilection der befallenen Organe.

Der Verlauf ist gutartig, die biologischen Reaktionen und morphologischen Veränderungen des Blutbildes ergeben den Eindruck einer Syndromeneinheit.

Die Probepunktionen an Brustbein, Drüsen, Milz und Leber sind diagnostische Hilfsmittel, die die histologischen Veränderungen in den Organen klarstellen.

Das Myelogramm wird benützt in der Differentialdiagnose mit Leukämie.



Calcifix

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS

GLUCONAT DE CALCIU... 5%

LEVULINAT DE CALCIU... 5%

CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50%

FIOLE a 5 și 10 cc.

Laboratoarele „GAMMA”

HORMONUL FOLICULAR OVARIAN

„GYNOFOLIN”

PREPARAT PUR BIOLOGIC, TITRAT RIGUROS ÎN UNITĂȚI ȘOARECE

FIOLE INJECTABILE (TOATE DOSAGIILE) CREMĂ ÎN TUBURI

COMPRIMATE

PICĂTURI



In afecțiunile
căilor respiratorii

BRONCHOSEPTOL

DRAGELE



Anemoton
„GAMMA”

TONIC ȘI
RECONSTITUANT

ANEMIE
SURMENAJ
LIMFATISM

INDICAȚII:

Anemie
Asten
opoten
latism
rasten
utism
ictim
cul ne
acula
trebu

Modul de întrebuintare:
ADULTI 2-4 lingurițe
COPII 1-2 lingurițe

LABORATOARE „GAMMA”

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

Somniferul cu efect sigur

chiar și în doze mici
($\frac{1}{2}$ tabletă), somn recon-
fortant și o deșteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.

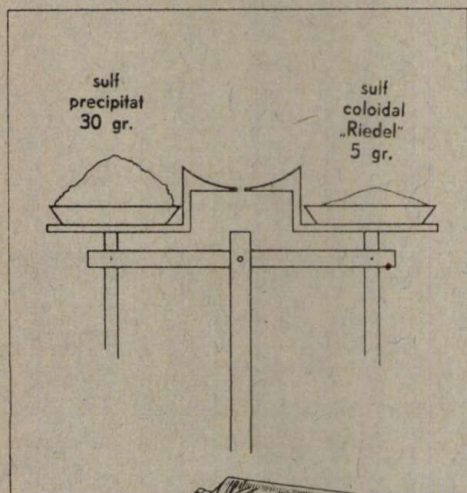
Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, București



CATAMIN

conține SULF COLOIDAL



Grație concentrației mici se evită
iritațiunile.

Acțiunea puternică este asigurată
prin dispersiunea în particule mici.

Indicațiuni:

- Scabie
- Pitiriază
- Eczeme
- Prurigo
- Intertrigo
- Acnee



Forme de prezentare: Tuburi de 30 și 55 gr.

J. D. RIEDEL E. de HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

Reprezentant pentru România: **RUDOLF FOREK**

București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

Osteosinteza prin începure cu material autoplastic

Prof. Dr. Alexandru Pop

de

și

Dr. Ioan Prăgoiu

Este greșit să se creadă că osteosinteza prin începure cu material autoplastic este un procedeu vechi și ca atare discutarea lui nu ar fi de actualitate. Fazele experimentale și rezultatele obținute atât de noi cât și de alți autori, ne îndreptătesc să susținem valoarea incontestabilă a acestui procedeu.

Cauze de ordin biologic au prezidat la promovarea întrebunării materialului autoplastic în osteosintezele prin începure.

Dacă urmărim fazele evolutive în utilizarea diferitelor materiale, pentru executarea osteosintezelor prin începure, o să vedem că acest procedeu datează dintr-o epocă anterioară perioadelor experimentale a grefelor osoase. Astfel, la început se întrebunța tije de metal și pe urmă tije de ivorlu pentru executarea acestor osteosinteze. Mai sunt și azi autori care utilizează tije de lemn în acest scop. Intoleranța organismului față de acești corpi streini a făcut să se renunțe la utilizarea lor.

Începutul osteosintezelor prin începure cu tije osoase se confundă cu perioada experimentală a grefelor osoase.

Cel care s'a ocupat mai intens de problema grefelor osoase în general, a fost Ollier (1862) care a și obținut primele rezultate. Înainte de el se citează lucrările lui Dieffenbach (1848) și ale lui Rigoud (1850).

Dintre grefele osoase la început s'a întrebunțat heterogrefele. Diferite reacțiuni de ordin biologic au făcut ca atât heterogrefele cât și homogrefele să nu dea rezultate satisfăcătoare. În felul acesta s'a ajuns la utilizarea autogrefelor care din toate punctele de vedere s'au validat în osteosinteze.

Întrebunțarea tijelor osoase autoplastice este privită și azi de mulți autori, cu foarte multă rezervă deoarece în unele cazuri s'au pus în seama lor, anumite complicații ca: embolii grăsoase și necroze medulare. Din cauza acestora, Bier susținea că introducerea grefonului în canalul medular produce distrucția măduvei osoase și în felul acesta favorizează apariția emboliilor grăsoase și a necrozelor medulare. Din fericire s'a dovedit că aceste complicații survin în mod cu totul excepțional și s'a demonstrat experimental că în deosebi autogrefele osoase libere sunt perfect de bine tolerate de organism și că ele participă în mod efectiv la procesul local de osteogeneză a calusului.

Rezultatele bune cu acest fel de osteosinteză sunt consemnate în multe lucrări, dintre care cităm a lui Mathieu, Leveuf, Godard și în deosebi lucrarea de sinteză a lui Chigot.

În literatura medicală română, Juvara a adus un aport deosebit prin lucrarea intitulată „Osteosinteza axială” (1933). Bălăcescu în colaborare cu Popescu Severin și Balutza publică o serie de cazuri de osteosinteză prin începure în fracturile diafizare la copii (1934). Cristide descrie câteva cazuri de fracturi femorale tratate cu procedeu Juvara. Topa publică de asemenea cazuri cu bune rezultate. La al VIII-lea Congres Național de Chirurgie (1937) am prezentat și noi o serie de cazuri de osteosinteză prin începure cu rezultate frumoase.

Osteosinteza prin începure cu material autoplastic trebuie încadrată în ansamblul osteosintezelor, pentru a-l putea fixa valoarea și necesitatea aplicării ei în anumite varietăți de fracturi.

Osteosinteza are de scop menținerea riguroasă a coaptării fragmentelor fracturate până la formarea definitivă a calusului.

Materialul de osteosinteză, din punct de vedere biologic trebuie să fie bine tolerat de organism, deci să nu aibă acțiune dăunătoare nici asupra focarului de fractură și nici asupra funcțiunii organismului. Acțiunea locală nocivă a materialului metalic de osteosinteză se manifestă prin produșii citotoxici la care dă naștere și care au o influență nefavorabilă asupra procesului de osteogeneză a calusului. Această acțiune nocivă a materialului metalic de osteosinteză a fost studiată în mod special de: Leriche, Policard, Rolland, Davloud, Mennegoux și Odiette.

Rezistența materialului de osteosinteză trebuie să anihileze forțele musculare care tind să deplaseze fragmentele fracturate.

Prin nenumărate cercetări s'a stabilit că materialele de osteosinteză confecționate din diferite aliaje metalice și înglobate în humorile țesuturilor, constituie la un moment dat adevărate pile electrice, care dau naștere la un proces de decalcifiere. De fapt, s'a observat că imediat ce se îndepărtează acest material de osteosinteză, se institue un proces de recalcifiere activă. Vedem deci că organismul nu tolerează în majoritatea cazurilor, prezența acestor corpi streini și ca urmare el trebuie îndepărțat la un moment dat, timpul cel mai potrivit coincidând cu consolidarea calusului.

Osteosintezele cu fire metalice întâmpină dificultăți chiar și din punct de vedere tehnic. Aceste dificultăți se datoresc forțelor pe care trebuie să o aplicăm la strângerea sârmelor de cerclaj în jurul fragmentelor coaptate. Repartizarea greșită a acestora, poate da naștere la procese de necroză circulară, care de asemenea

stânjenește mult procesul intim de osteogeneză a calusului. Frantz a demonstrat experimental acest lucru. Sub plăcile Lambotte se petrece același proces de necroză osoasă.

Toate aceste considerațiuni au pus problema găsirii unor materiale de osteosinteză care să fie bine tolerate de organism și să fie rezorbabile. În felul acesta s'a ajuns la utilizarea magnezului ca material metalic de osteosinteză, care în țesuturi suferă o desăgregare completă, producând bule de hidrogen. Lambotte și Veiburge au întrebuințat magnezul ca material rezorbabil de osteosinteză, cu bune rezultate.

Autogrefele osoase întrebuințate la osteosintezele prin începure intrunesc atât calitatea de a fi bine tolerate de organism, cât și de a fi rezorbite. După multiple cercetări Lerche și Pollicard au ajuns la concluzia că grefonul este treptat rezorbit și înlocuit printr'un calus nou format. Grefele osoase conservate numite și „os purum” sunt întrebuințate de unii autori în executarea osteosintezelor prin începure, însă s'a dovedit că ele sunt mai repede rezorbite decât grefele vii. Pericolul fracturării grefonului de osteosinteză, — în urma procesului de decalcifiere — este deci mai mare la grefele conservate. Noi nu am avut niciun caz de fracturare a grefonului, deoarece imobilizăm focarul de fractură după osteosinteză cu aparat gipsat ocluziv, până la consolidarea calusului osos.

Dacă osteosinteza se practică azi pe o scară mai întinsă aceasta se datorește în primul rând aseptiei riguroase la care s'a putut ajunge și utilizării tehnici complexe care ne stă la dispoziție.

După aceste considerațiuni de ordin general o să căutăm să precizăm varietățile de fracturi care se pretează mai bine la tratamentul prin începure.

Acest gen de osteosinteză este indicat cu deosebire la fracturile transversale diafizare și epifizo-diafizare. La aceste varietăți de fracturi s'a observat că osteosinteza cu plăci metalice, scoabe sau fire de metal, nu au dat rezultate mulțumitoare și în majoritatea cazurilor, în afară de devieri în ax și consolidări vicioase, au determinat pseudartroze.

În Clinica Chirurgicală din Cluj, osteosinteza prin începure cu material autoplastic a fost executată pentru prima oară de către Prof. Iacobovici, încă în 1931. În continuare noi am aplicat acest procedeu de osteosinteză la toate cazurile de fracturi transversale diafizare și epifizo-diafizare, ireductibile și incoercibile, care necesitau intervenție sângerândă. Aplicăm acest procedeu și la fracturile vicios consolidate, cu o linie veche de tură de asemenea transversală și la aceleași varietăți de fracturi complicate cu pseudartroze.

La fracturile vicios consolidate și pseudartroze, în afară de începure, — când necesitatea o cere — facem și alte varietăți de osteosinteză cu material autoplastic.

Statistica Clinicii noastre prezintă un număr de 41 de cazuri, operate prin începure, care toate s'au vindecat „per primam”.

La toate cazurile noastre am întrebuințat ca material de osteosinteză grefoane osoase recoltate în timpul operației din creasta tibiei. Dimensiunile grefelor osoase le-am calculat în așa fel ca cel puțin 3—5 cm, să fie introdusă în canalul medular al fiecărui fragment, după lungimea și calibrul osului fracturat.

Cornoley dă o tabelă standard în ce privește dimensiunile canalelor medulare, după care: femurul are 10 mm, tibia 10 mm, humerusul 7 mm, cubitusul, radiusul, peroneul 6 mm și clavicula 4 mm lărgime.

După experiența noastră pare a fi statistică puțin reală, deoarece nici în medie nu se pot admite aceste cifre, știut fiind faptul că în general dimensiunile canalului medular variază individual și cu dezvoltarea scheletului.

În decursul osteosintezelor prin începure respectăm următorii timpi operatori mai principali: prima oară se descoperă și se prepară fragmentele fracturate și se măsoară calibrul canalului medular cu orice instrument ce ne stă la dispoziție. Juvara a preconizat utilizarea unui compas pentru fixarea calibrului canalului medular.

După acest timp operator se procedează la recoltarea grefonului. Având în vedere că grefonul osos în acest caz are un rol strict mecanic, de menținere a fragmentelor osoase până la consolidarea lor, se recoltează fără perlost. Deci după ridicarea grefonului se suturează periostul și în felul acesta consolidarea tibiei la acest nivel se va face în scurt timp. Am insistat asupra acestui timp operator deoarece unii autori semnalează drept complicație, fractura segmentului de unde s'a recoltat grefonul. În practica noastră nu am observat niciodată o astfel de complicație și credem că ea survine numai în cazul unei tehnici greșite, când în mod accidental se fisurează toată grosimea osului.

Modelarea grefonului după calibrul canalului medular trebuie făcută cu multă băgare de seamă, deoarece când îl lăsăm mai gros, pe lângă faptul că se introduce foarte greu, poate la un moment dat din cauza tensiunii mari să crape corticala fragmentului fracturat, ceea ce dă naștere la mari dificultăți tehnice ulterioare. De asemenea grosimea nepotrivită a grefonului exercită o compresune puternică asupra corticalei provocând necrozarea ei. În același timp dacă grefonul este mai subțire decât canalul medular, sau în urma faptului că nu menține fragmentele bine coaptate, permite devieri în axul segmentului respectiv. Când grefonul a fost bine fixat în unul din fragmentele fracturate și urmează să-l introducem și în celalalt capăt, se recomandă să angulăm ușor fragmentele osoase, pentru ca în felul acesta să se introducă mai ușor. Acest timp

operator este foarte important mai ales la osteosinteza prin începerea a oaselor antebrațului.

Pentru menținerea coaptării perfecte a fragmentelor fracturate, după închiderea plăgii, suturăm tegumentele cu fire de catgut, ca în felul acesta să evităm crearea unei ferestre în aparatul gipsat pentru scoaterea firelor de sutură. Am observat cazuri la care prin ferestrele aparatului gipsat s'au produs angulări ale fragmentelor fracturate, care au impus noi manopere de redresare.

Chigot recomandă ca în cazurile unde coaptarea s'a făcut perfect să nu se mai aplice aparat gipsat. Noi nu suntem de acord cu această propunere, din motivele de mai sus și ca urmare aplicăm în toate cazurile aparat gipsat pe care îl menținem timp de 4-8 săptămâni, după necesitate.

Procedând în felul acesta la cele 41 cazuri ale noastre, nu am observat niciodată fractura grefo-

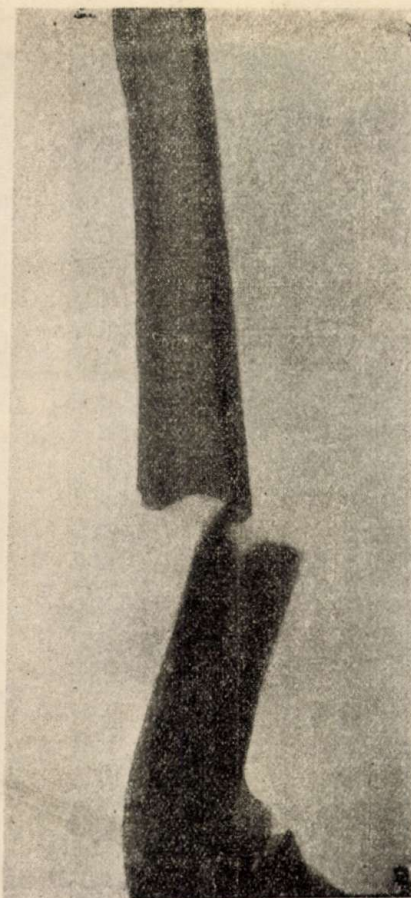


Figura 1

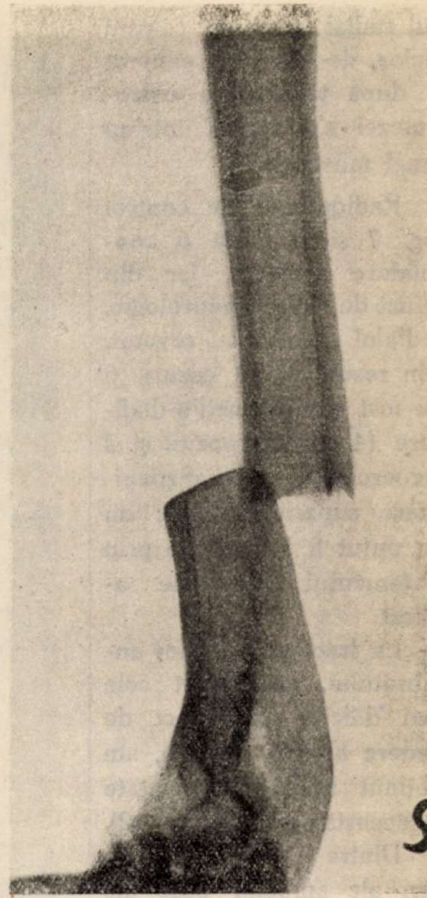


Figura 2

nulul osos ceea ce unii autori semnalează ca și complicație destul de frecventă.

Statistica noastră de 41 cazuri se repartizează în felul următor: 12 cazuri de fracturi transversale ale humerusului, dintre care 1 supra condiliană la unirea treimeii inferioare cu treimea mijlocie.

Fig. 1-2 reprezintă această fractură la care tratamentul ortopedic nu a dat rezultat și la intervenție am găsit o interpoziție musculo-aponevrotică. La controlul postoperator (fig. 3-4) se observă refacerea ideală a humerusului.

Cel de al doilea caz din fig. 5-6 este o fractură vicios consolidată a humerusului la unirea treimeii mijlocii cu treimea superioară cu paralizia nervului radial. La intervenție s'a găsit ner-

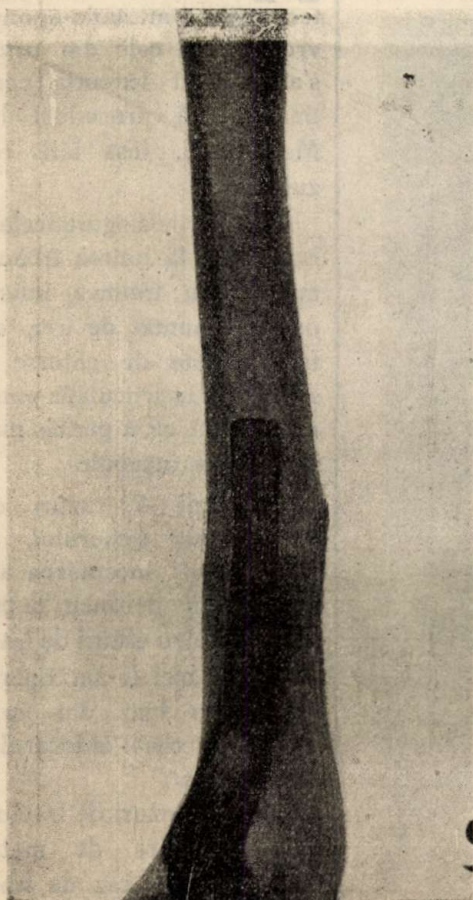


Figura 3

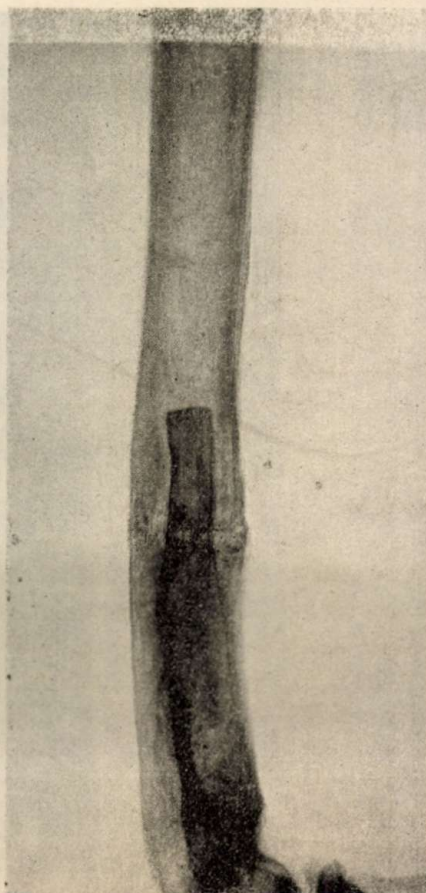


Figura 4

vul radial prins în calusul vicios, de unde s'a eliberat și după terminarea osteosintezei s'a așezat într'un tunel muscular.

Radiografiile de control (fig. 7 și 8) arată o consolidare perfectă, iar din punct de vedere neurologic, radialul complet revenit. Din restul de 10 cazuri, 6 au fost fracturi medio-diafizare (4 cu interpoziții și 2 incoercibile și 4 diafizopizare superioare, care nu au putut fi influențate prin tratamentul ortopedic aplicat.

La fracturile oaselor antebrăului, care sunt cele mai dificile din punct de vedere al osteosintezei, am obținut frumoase rezultate cu această metodă (fig. 9-12).

Dintre 10 cazuri de fracturi ale ambelor oase ale antebrăului, 6 au fost vicios consolidate, iar 4 cu in-

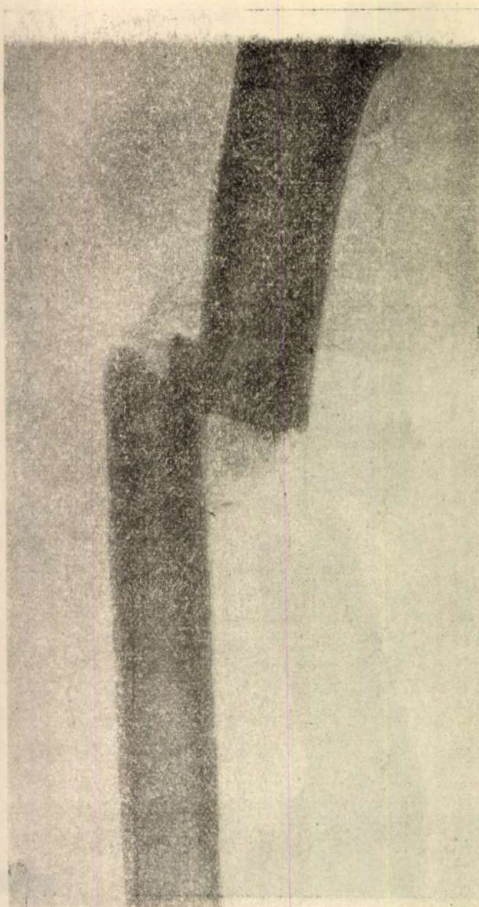


Figura 5

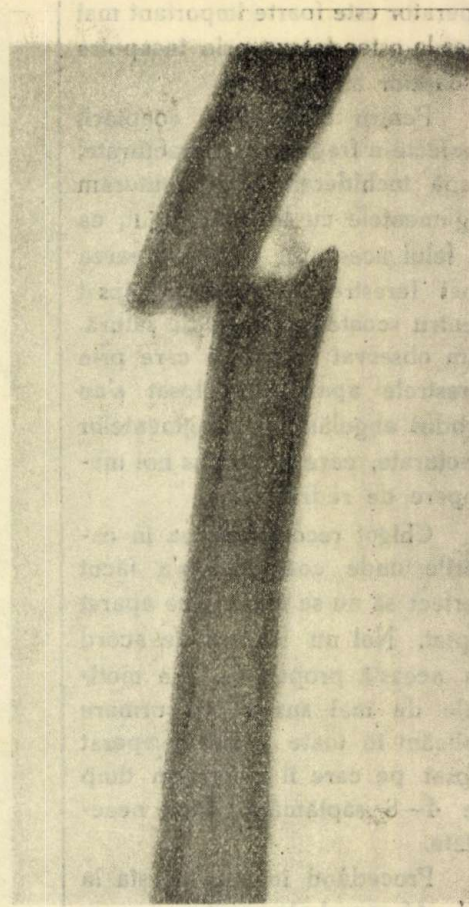


Figura 6

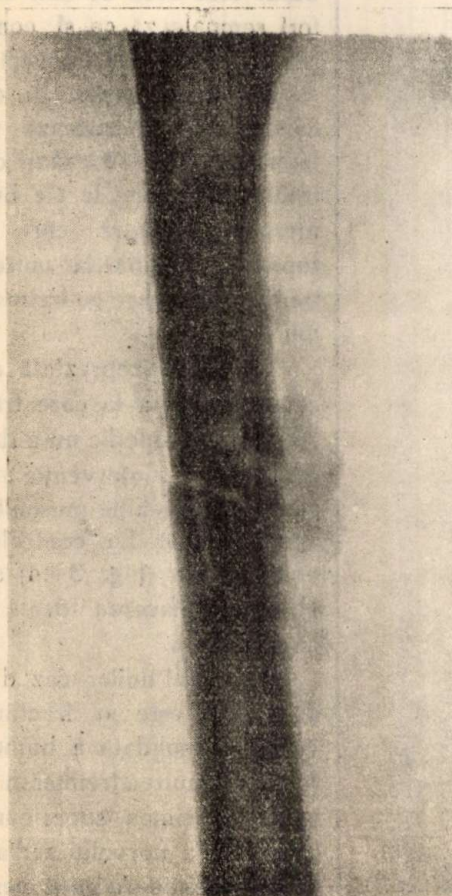


Figura 7

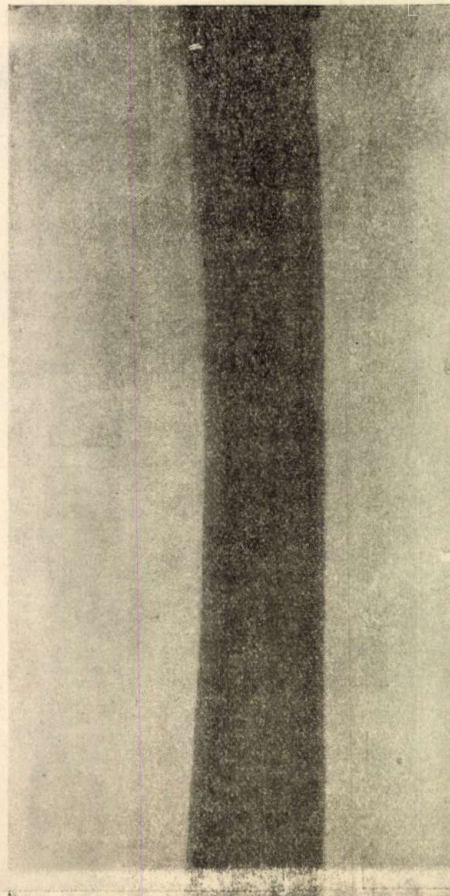


Figura 8

terpoziție musculo-aponevrotică. La cele din urmă s'a încercat extensia continuă după procedeul lui Masmonteil, însă fără rezultat.

Fracturile singuraticale ale radiusului la unirea treimeii mijlocii cu treimea inferioară, în număr de trei, au fost însoțite de entorse și subluxații în articulația pumnului ceea ce a permis manopera de începuire.

La cele 7 cazuri de fracturi ale femurului, în două cazuri începuirea am făcut-o cu peroneu depierostat. Patru cazuri de fracturi ale tibiei le-am operat cu grefon luat din fragmentul proximal al focarului de fractură.

În trei cazuri de fracturi medio-diafizare de metacarpieni și un caz de fractură a unei falange bazale, osteosinteza prin începuire

am executat-o cu mici cuie osoase ridicate din creasta tibiei.

Un caz de fractură transversală a claviculei a beneficiat de asemenea de acest procedeu de osteosinteză cu bune rezultate.

Rezultatele obținute de noi sunt mai mult decât încurajatoare și după cum am amintit nu am avut niciuna din complicațiile descrise de unii autori. Unele cazuri de calusuri hipertrofice nu trebuiesc considerate ca și complicații, deoarece cu timpul ele se modelează, iar din punct de vedere funcțional nu dau nici o tulburare. Este necesar ca după trecerea timpului de consolidare a fracturii, să se aplice fiecărui caz un tratament riguros de fizio și mecanoterapie.

Atât cazuistica noastră, cât și a altor autori și în special a lui Chigot, ne dă dreptul să afirmăm că acest procedeu de osteosinteză cu material autoplasic, trebuie să fie aplicat pe o scară cât mai întinsă în toate serviciile de mare chirurgie, pentru ca în felul acesta să se poată înlocui în mare parte osteosintezele metalice, care mai ales în cazurile indicate de noi, nu au dat rezultate satisfăcătoare.

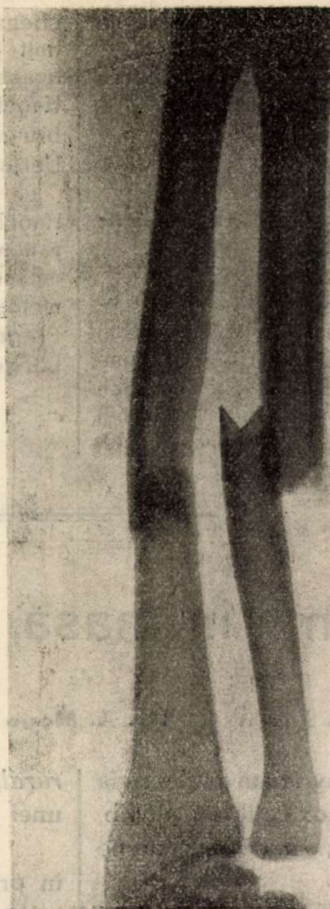


Figura 9



Figura 10

RESUMÉ

Ostéosynthèse par enchevillement avec matériel osseux autoplastique

Les auteurs ont employé la méthode de l'ostéosynthèse par enchevillement avec du matériel autoplastique dans tous les cas de fractures transversales diaphysaires et épiphyso-diaphysaires, irréductibles, qui ont nécessité une intervention sanglante. Ils appliquent le même procédé aussi aux fractures mal consolidées, avec une ligne de fracture ancienne, toujours transversale et aux même variétés de fractures compliquées avec pseudo-arthrose. Dans les fractures mal consolidées et dans les pseudo-arthroses, en dehors de ce procédé, quand la nécessité le demandait, ils ont appliqué aussi d'autres procédés d'ostéosynthèse.

Dans tous les cas ils ont employé comme matériel d'ostéosynthèse des greffes osseuses, recoltées pendant l'opération de la crête du tibia. Les dimensions des greffes osseuses ont été calculées de telle

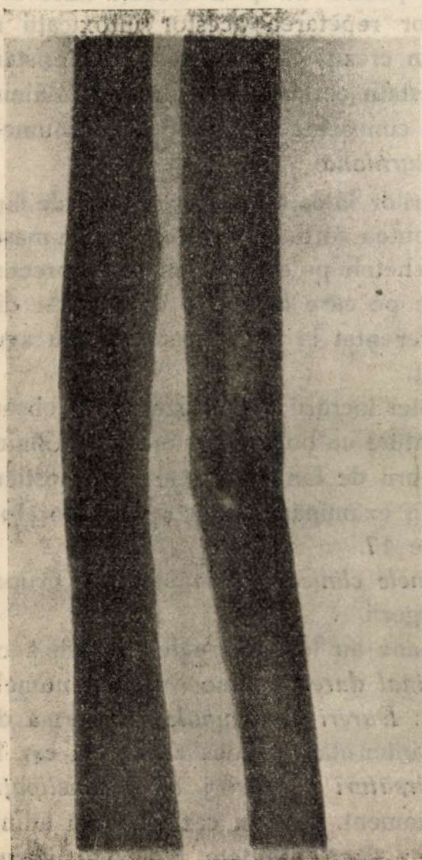


Figura 11

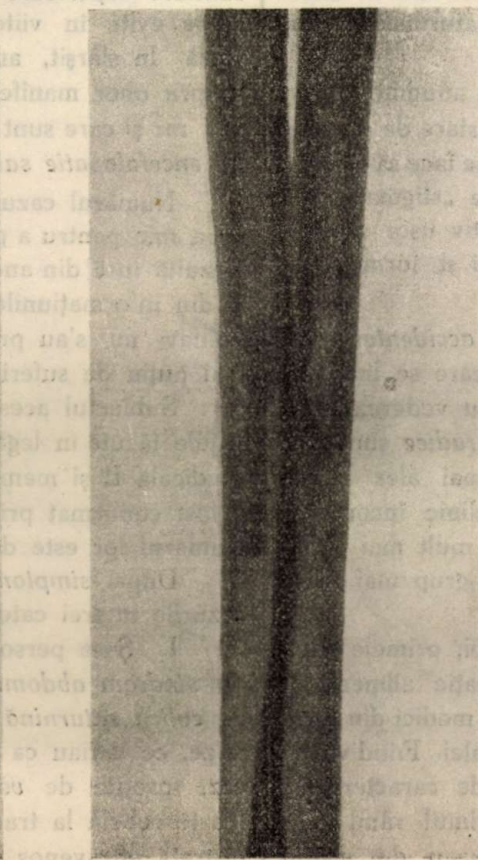


Figura 12

manière, qu'au moins 3—5 cm soient introduits dans le canal médullaire de chaque fragment.

Les auteurs présentent une statistique de 41 cas, opérés par ce procédé, qui ont été tous guéris „per primam“.

ZUSAMMENFASSUNG

Verbolzung von Frakturen mit autoplastischem Material

Die Autoren verwendeten die Methode der Knochenverbolzung mit autoplastischem Material in allen Fällen von unredressierbaren transversalen Frakturen der Diaphyse und Brüchen der Epiphyse-diaphyse an, welche blutigen Eingriff bedingten. Sie wenden diese Methode auch bei schlecht geheilten Frakturen an, mit alter Frakturlinie,

ebenso bei den verschiedenen Pseudarthrosen. Bei fehlerhaft geheilten Brüchen und Pseudarthrosen führen sie ausser Verbolzung nötigenfalls auch andere Formen der Knochenvereinigung mit autoplastischem Material an. Sie bringen eine Aufstellung von 41 Fällen, die nach diesem Verfahren behandelt, alle „per primam“ heilten.

In allen Fällen verwendeten sie als Material für die Knochenvereinigung Knochenaspäne, die zur Zeit der Operation aus der crista tibiae entnommen wurden. Die Ausmasse der Knochenaspäne wurden so bemessen, dass wenigstens 3—5 cm in den Markkanal jedes der beiden Fragmente eingeführt werden konnte, entsprechend der Länge und Durchmesser des gebrochenen Gliedes.

CLINICA CHIRURGICALĂ DIN CLUJ-SIBIU

Dir. Prof. Dr. Al. Pop

Intoxicație cu plumb în masă, apărută în mediu rural

de

Dr. R. Josan

Dr. A. Moga

Dr. Gh. Ioanoviciu

În decursul lunilor Iulie—Octombrie am avut ocazia să observăm o serie de cazuri de intoxicație cu plumb, care s-au prezentat ca o epidemie, în două comune învecinate din apropierea Sibiului.

În legătură cu aceste cazuri, am constatat că în saturnismul accidental, *diagnosticul clinic* precum și *descoperirea sursei de intoxicație* se poate lovi de unele dificultăți, pe care nu le întâlnim în saturnismul profesional.

La indivizi care lucrează cu Pb. în anumite ramuri ale vieții tehnice sau industriale, orice stare de anemie, orice turburare digestivă sau nervoasă, ne face să căutăm simptomele caracteristice, așa numitele „stigmat“ ale saturnismului. În felul acesta este relativ ușor să descoperim nu numai cazurile tipice, ci și formele cu simptomatologie incompletă.

Intoxicațiile cari survin în mod *accidental*, fără nicio legătură cu vreo profesiune în care se lucrează cu plumb, pot fi trecute foarte ușor cu vederea. Este probabil că destul de multe cazuri *sporadice* sunt tratate de medici cu un diagnostic fals, mai ales atunci când boala evoluează cu un tablou clinic incomplet. Erorile de diagnostic pot avea urmări mult mai grave însă, dacă intoxicația interesează un grup mai mare de persoane sau o colectivitate.

În seria de bolnavi observați de noi, primele două cazuri au fost tratați pentru o intoxicație alimentară, alți patru au fost examinați de diferiți medici din oraș, fără a recunoaște adevărata cauză a boalei. Fiind vorba de cazuri cu simptomatologie destul de caracteristică atribuim greșelile de diagnostic în primul rând faptului, că aproape toți bolnavii proveneau din *mediu*

rural, ceea ce excludea într-o măsură oarecare ideea unei intoxicații cu plumb.

Prin descrierea observațiilor noastre, am voit în primul rând să *atragem atenția medicilor* asupra acestor *intoxicații accidentale* care pot avea urmări foarte serioase. În al doilea rând să sesizăm *forurile sanitare superioare* pentru ca prin măsuri adecvate, să se evite în viitor repetarea acestor intoxicații în masă. În sfârșit, am crezut că este bine să insistăm asupra unor manifestări cerebrale, pe care le întâlnim mai rar și care sunt cunoscute în literatură sub numele de *encefalopatie saturniană*.

Numărul cazurilor la care ne referim este de fapt prea mic pentru a putea vorbi de o intoxicație în masă. Rezultă însă din anchetele pe care le-am făcut precum și din informațiile pe care le avem, că o parte din bolnavi nu s-au prezentat la medic pentru că au avut mai puțin de suferit.

Subiectul acestei lucrări îl formează numai observațiile făcute în legătură cu bolnavii internați în Clinica Medicală II și membrii de familie la care diagnosticul a fost confirmat prin examinări clinice și de laborator. Numărul lor este de 17.

După *simptomele clinice* dominante am grupat cazurile în trei categorii.

I. Șase persoane au fost internate în clinică cu un *sindrom abdominal dureros* cunoscut sub numele de *colică saturnină*: *Dureri abdominale* sub formă de crize, ce variaua ca intensitate și localizare dela caz la caz, însoțite de *vărsături* și uneori de o *constipație* foarte rebelă la tratament. Într'un caz atropina administrată intravenos în doze repetate n'a avut niciun

efect, încât am fost nevoiți să administrăm morfină pentru a provoca un scaun.

Acestea au fost primele și cele mai alarmante simptome ce determinau bolnavii să se examineze. Pe lângă turburările de ordin digestiv, bolnavii mai prezentau o serie de *turburări generale* sau de *ordin visceral* legate mai mult de ficat, rinichiu și aparatul cardiovascular.

Astfel în mod aproape constant am găsit o *culoare galbenă* caracteristică a tegumentelor (anemie + icter + vasoconstricție periferică), *subicter*, uneori *icter franc*. *Oligurie*, uneori albuminurie, aproape constant *pigmenți biliari* în urină. *Hipertensiune ușoară* și o *tendință spre bradicardie*. Frecvent am găsit *subfebrilități*, într'un caz febră până la 38,2°. Nelipsite au fost în toate cazurile stigmatul saturnismului: *lizereul gingival* și *granulațiile basofile* în hematii (într'un caz am găsit în tabloul sanghin un procent relativ ridicat de hematii nucleate). *Astenia*, adevărată incapacitate de muncă și *slăbirea în greutate*, (într'un caz 20 kg. în 4 luni) erau simptomele ce sileau bolnavii să stea la pat nemai putându-și vedea de ocupație. În niciun caz nu am găsit *paralizii saturnine* și în general simptome din partea sistemului nervos periferic.

Pentru a descrie toate simptomele ar însemna să reproducem întreg capitolul de patologie respectiv. Preferăm să rezumăm observația primului caz, din mai multe puncte de vedere demonstrativ.

C. I. 39 ani, plugar din Veștem (Sibiu).

Antecedente negative.

Se internează în clinică din cauza unor dureri abdominale care au început în mod brusc înainte cu trei zile, fiind însoțite de vărsături alimentare și bilioase. Un medic îl examinează și îi prescrie o clismă evacuatoare după care bolnavul nu elimină decât niște mucozități, fenomenele însă se mențin, repetându-se sub formă de crize, ceea ce-l determină să se interneze.

Îi constatăm un ușor icter și o sensibilitate moderată la presiune, în partea dreaptă a abdomenului. Bănuim o toxi-infecție probabil alimentară, îi administrăm o clismă, ceai de sena, injecții cu atropină și abia după a doua clismă bolnavul are scaune lichide după care fenomenele abdominale regresează. Cum însă zilele următoare febra crește în mod progresiv la 38,2°, pulsul rămânând relativ bradicardic, transpunem bolnavul la secția de contagioși ca suspect de paratifuș. Aici însă temperatura scade, pacientul se simte mai bine și pentru că reacțiile biologice au fost negative părăsește serviciul.

Revine după câteva zile. De data aceasta se internează și soția cu aceleași fenomene. Pacientul acuza dureri mai mari de astădată, cu iradiere în regiunea lombară și organele genitale, tenesme, icterul este mai accentuat, oligurie, albuminurie, urobilinurie, cu cilindrii și hematii în sedimentul urinar. Puls 60 pe minut. Tens. art. 15/9 (V. L.). Temperatura 37°,3.

Facem o serie de examinări: sondaj duodenal (rezultat negativ) urea în sânge (0,37°/0), examenul radiologic al tubului gastro-intestinal unde se găsește un megacolon. Bănuim o *toxi-infecție alimentară* cu leziuni hepatice și renale (hepato-nefrită) pentru care facem inoculări la cobai cu sânge dela bolnav.

Între timp simptomele cedează și pacientul pleacă să-și petreacă convalescența la niște rude în Sibiu. Se simte bine dar la scurt interval după ce pleacă acasă, toate simptomele reapar și revine pentru a treia oară în clinică.

De data aceasta era deja internat încă un bolnav din același sat, cu aceleași simptome și la care din prezența lizereului gingival și a examenului sanghin (hematii cu granulații bazofile și hematii nucleate 9°/o) am făcut deja diagnosticul de *intoxicație cu plumb*.

Controlând primul pacient n'am putut decât să confirmăm același diagnostic. Cazul descris arată că o intoxicație cu plumb poate evolua sub aspectul unei stări febrile și acesta este motivul pentru care noi am bănuat la început un paratifuș apoi o intoxicație alimentară. El reprezintă *forma febrilă a intoxicației cu plumb* asupra căreia a insistat Enriquez.

Facem o anchetă medicală sumară în comună cu d-l agr. Zolog și constatăm prin examinări clinice și hematologice că și membrii familiei acestor bolnavi, precum și o a treia familie, în total 12 persoane, prezentau semne nete de saturnism.

Ca sursă de intoxicație după ce am putut exclude posibilitatea unei intoxicații prin apa de beut, bănuielele noastre sau oprit asupra unor vase de lut smălțuite probabil cu Pb. precum și asupra unor furculițe și cuțite cositorite de niște țigani vagabonzi.

În August s'a internat în clinică un bolnav din Veștem, au revenit din nou ceilalți doi, încât la un moment dat aveam în secție trei cazuri de intoxicație cu plumb.

După cum vedem, aceste agravări ale boalei, care determinau pacienții să revină în clinică cu toate că urmau un tratament erau datorite ingerării repetate a toxicului. Sursa de intoxicație bănuită de noi nu era cea adevărată.

S'a făcut a doua anchetă în urma căreia s'a ajuns totuși la concluzia că vasele de lut prost smălțuite ar fi cauza intoxicației. Notez că s'a analizat o serie de articole alimentare, inclusiv făina, fără a se constata plumb în ele.

În Septembrie un funcționar din Sibiu de origine din comuna Mohu, a fost trimis la clinică de un medic pentru determinarea *metabolismului bazal*, pentru că a slăbit 20 kg. Noi îi constatăm semne de saturnism. Mai târziu a fost adusă soția lui cu *turburări cerebrale*. Același bolnav a îndrumat un alt pacient originar tot din Mohu, pentru că i se părea că suferă de aceeași boală. De fapt atât acesta cât și soția și un copil al său, prezentau semne de saturnism. După câteva zile, este internat băiatul cu fenomene cerebrale grave.

Aceste două cazuri, soția de funcționar și băiatul din comuna Mohu fac parte din a II-a categorie, simptomele care dominau tabloul clinic fiind de ordin cerebral.

G. Ana 31 ani, căsătorită, casnică din Sibiu.

Este adusă în clinică de către familie.

Antecedente: catar pulmonar. N'a mai suferit de vreo boală asemănătoare ca cea actuală.

Istoricul bolii actuale: Aproximativ dela sfârșitul lui Mai, a început să prezinte o lipsă de *poftă de mâncare*. Prin lunie—August a remarcat *slăbire generală a forțelor fizice*. La începutul lui August apar *dureri de cap* cu caracter de presiune care nu încetau decât noaptea. Inapetența se accentuiază în așa măsură încât pe la sfârșitul lui August n'a mâncat timp de trei zile aproape nimic. Cefalea se localizează mai precis asupra regiunii occipitale și se accentuiază când bolnava se apleacă să ridice ceva de jos. În primele zile ale lui Septembrie bolnava a avut *vărsături* timp de 4—5 zile și *constipație rebelă*.

În acest timp bolnava este examinată de noi la clinică unde era internat și soțul ei cu simptome de saturnism și îi constatăm: Tegumentele palide. Subicter conjunctival. Lizereu gingival. Diagnostic: *intoxicație cronică cu plumb*.

În următoarele 2—3 săptămâni starea de astenie se accentuiază, cefaleia se menține. Într-o zi simte o *amorfeală în jumătatea dreaptă a capului*, care a durat vreo două ore, fiind însoțită de *turburări de vorbire* (disartrie).

După 3 zile, într-o noapte, apare în mod brusc, o *durere de cap* extrem de pronunțată, cu *amorfeală* în jumătatea dreaptă a capului și la un foarte scurt interval a urmat pierderea cunoștinței.

Examinată după o oră de un coleg neurolog, bolnava a fost găsită într-o stare de *somn profund*, din care n'a putut fi trezită prin niciun fel de excitație externă, de asemenea nici prin presiunea ovarelor, mamelelor, etc. Nu avea convulsii, pulsul și respirația normală, afebrilă.

După vreo 8 ore este transportată la Clinica Medicală II, unde după vreo 72 ore își revine la normal. La trezirea din somn bolnava era *confuză*, nu știa unde se află, nu cunoștea persoanele din jurul ei, și a prezentat apoi o stare de *agitație psiho-motrică*. *Vorbirea* a revenit deodată cu trezirea din somn. *Câteva ore bolnava n'a putut mișca brațul drept*, apoi mobilitatea a revenit.

Timp de 3 zile bolnava a avut *halucinațiuni vizuale*: vedea copii ei spânzurați de lampă, sau vedea persoane care nu existau, ori care locuiau în comuna ei natală, vedea obiectele cu mult mai mari ca în realitate, etc.

În același timp avea o stare de *insomnie* care împreună cu starea de confuzie a durat vreo 3 zile. A patra zi, după ce în urma unei injecții cu luminal a dormit vreo 12—14 ore, bolnava a revenit la normal. Avea însă amnezia celor întâmplate în decurs de o săptămână cât a durat starea gravă, o stare de debilitate generală și dureri de cap. Aceste fenomene au dispărut după câteva săptămâni.

Ca *simptome obiective*, nicio modificare față de constatările anterioare. Tensiunea arterială era normală (12—8 V. L.). În sânge hematii cu granulații bazofile.

D. I. 16 ani, din Mohu este adus în clinică în stare gravă.

După declarația părinților în decursul verii a suferit de *turburări digestive* cu *dureri abdominale* pentru care a consultat pe rând mai mulți medici, fără a-i preciza diagnosticul.

În seara zilei de 4 Oct., deodată s'a simțit rău apoi și-a pierdut cunoștința. A fost adus noaptea la spital unde i s'a făcut o spălare stomacală presupunându-se o intoxicație alimentară.

Examinat de noi în dimineața zilei de 5 Oct., constatăm că este un bolnav de *tip infantil* cu semne sexuale secundare slab dezvoltate pentru vârsta lui și o *criptohidrie*. Zace într-o stare înconștientă, într-o atitudine care amintește pe aceea a bolnavilor care suferă de meningită. În permanență este agitat, geme și la intervale scurte extremitățile prezintă niște contracțiuni ca în tetanie ceea ce ne determină să-i facem injecții cu calciu. Cu toate acestea fenomenele se mențin iar în dupăamiaza zilei are convulsii tonico-clonice în extremități, mai pronunțate în partea stângă.

În afară de aceste simptome bolnavul prezintă o stare de *anemie*, *lizereu gingival*, tahicardie 100 pe minut. Tensiunea arte-

rială 14—9. Temperatura 37°, 1—37°, 3. Leucocitele 14'800. În tabloul sanghin *hematii cu granulații bazofile*.

Puncția rachidiană. Lichidul prezintă: R. Pandey și Nonne-Appelt pozitive cu 25 de limfocite pe lama Fuchs-Rosenthal. Cu aceste fenomene grave bolnavul sucombă ziua următoare—decu după 36 ore.

Se face *autopsia* unde s'au găsit leziuni foarte reduse.

Afară de o ușoară *hiperemie a tuturor organelor* s'au găsit leziuni de natură *degenerative în ficat, inimă și în deosebi în rinichi*.

Ficatul era mărit de volum, moale, friabil și cu marginile rotunde, iar la secțiune prezenta o culoare roșie-gălbuie cu desenul lobular șters.

La *rinichi* se vede o evidentă deosebire de colorație între corticală și medulară, corticala fiind de culoare gălbuie, iar medulara roșie violacee, parenchimul friabil, cu stelele lui Ferrein evidente.

De asemenea *miocardul* avea aspectul unei miodegenerescențe fără ca friabilitatea să fie prea pronunțată.

În urina recoltată pe cadavru se găsește albumină, cu hematii și cilindrii în sediment.

În aceste două cazuri *accidentele cerebrale* sunt acelea care domină tabloul clinic. Ele au apărut în decursul evoluției unei forme mai ușoare de intoxicație cronică cu plumb caracterizată prin apetență, vărsături, dureri abdominale, anemie și subicter. Prezența lizereului gingival și a granulațiilor bazofile în hematii au confirmat diagnosticul de saturnism.

Care este legătura dintre simptomele cerebrale și saturnism în cazurile noastre?

Că acțiunea toxică a plumbului poate provoca diferite manifestări nervoase, este un lucru cert. Autorii vechi care aveau ocazia să le observe mai des, le-au dat numele de *encefalopatie saturnină*, și au căutat să le încadreze în diferite forme clinice. Astăzi probabil din cauza măsurilor de igienă care se aplică în diferite industrii și ateliere, encefalopatiile se văd foarte rar, iar termenul de encefalopatie nu se mai aplică decât cazurilor la care legătura dintre turburările cerebrale și intoxicația cu plumb este bine dovedită. Se elimină turburările care pot fi atribuite altor cauze (alcoolism, histerie, lues, etc.).

Se recunoaște însă că intoxicația cu plumb printr'un mecanism complex, poate provoca turburări cerebrale acute, uneori foarte grave. Se pot produce crize *epileptiforme* (epilepsia saturnină) caracterizate prin convulsii tonice ori clonice însoțite de o stare de agitație pronunțată. Uneori se repetă sub formă de crize subintrante și pot duce la stare comatoasă și apoi la moarte.

Acesta este tabloul clinic pe care l-a prezentat bolnavul nostru. Prezența simptomelor și stigmatelor intoxicației cu plumb, absența crizelor de epilepsie în antecedente, dovedesc că turburările cerebrale la acest caz sunt de fapt datorite saturnismului. Patogenia lor poate fi discutată. Tensiunea arterială în timpul crizelor a fost normală, încât o criză ipotensivă a fost

Uricedina

in tratamentul bolilor de nutriție cum sunt: Guta,
reumatismul, sciatica, boli de rinichi, afecțiunile
vezicii urinare, boli ale ficatului și ale căilor biliare,
atonie intestinală, obezitate.

Reprezentantă:
Loew & Co. S. A.
Sibiu

J. E. Stroschein, Chemische Fabrik K. G.
Berlin SO 36

CALCIRON TRENKA

Guajacol - Calciu - Sirop de Malt

Gust foarte plăcut. Îl iau cu plăcere și copiii mici.

Ambalaje originale de 100 și 300 gr.

Ambalajul de 300 gr. costă cât 2 de 100 gr.

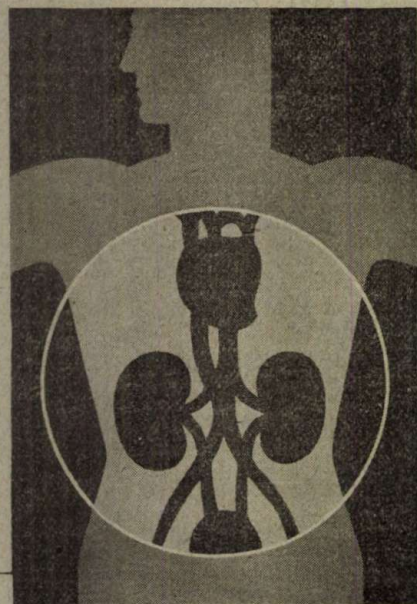
EUCARBON TRENKA

Ambalaj original de 40 și 100 Tablete.

— Unul dintre cele mai probate și eficiente produse germane —

REPREZENTANT:

Mr. G. HIETSCH, Sibiu - Strada Gh. Coșbuc Nr. 15
Laborator chimico-farmaceutic



*Pentru
terapeutică
individuală
a inimii și
circulației*

Calcium-Diuretina

Medicament eficace cardiac și vascular
și diuretic puternic.

Iod-Calcium-Diuretina

În deosebi pentru tratamentul turbu-
rărilor bătrâneții.

Rhodan-Calcium-Diuretina

Medicament hipotensiv reputat.

Tuburi de câte 20 tablete.



KNOLL A.-G., Ludwigshafen pe Rin.

«KNOLL» S.A.R., Str. Atena 29, București 3.

exclusă. Examenul anatomic al creierului la autopsie n'a pus în evidență leziuni organice (hemoragii, etc.).

La analiza urinei precum și la autopsie s'a constatat prezența unei nevropatii. Din împrejurările independente de noi nu s'a putut determina azotemia pentru a putea exclude în acest caz o comă uremică. Dar apariția bruscă a crizelor precum și evoluția lor rapidă așa cum se descrie în encefalopatia saturnină, pledează mai mult o encefalopatie produsă prin turburări vasomotorii cerebrale sau prin acțiunea directă a plumbului asupra creierului și meningelui. Reacțiunile pozitive din lichidul cefalo-rachidian dovedesc în orice caz prezența factorului meningeal.

În intoxicația cu plumb, turburările cerebrale se mai pot manifesta sub forma diferitelor *psihoze*: stări de excitație, de agitație psiho-motrică, de confuzie mintală, depresie sau torpoare psihică, pe care le găsim și la cazul S. Ana descris de noi.

Înainte de apariția turburărilor cerebrale, bolnava a prezentat simptome sigure de intoxicație cu plumb, constatate de noi, precum și o serie de *simptome cerebrale premonitorii* (cefalee, amețeli, amorțeală în jumătatea dreaptă a corpului cu turburări în vorbire, etc). Când s'a instalat starea de somn, într'un consiliu medical, s'a pus întrebarea dacă nu este o histerie. Dar pacienta n'a prezentat niciodată accese de histerie și niciun fel de turburări psihice înainte de boala actuală, iar tabloul clinic și evoluția turburărilor cadra foarte bine cu psihoza saturnină descrisă în tratatele clasice, pe de altă parte turburările au dispărut complet deodată cu ameliorarea saturnismului.

Acestea sunt motivele pentru care refuzăm să credem într'o coincidență (histerie și saturnism) și atribuim turburările cerebrale intoxicației saturnine.

Patogenia turburărilor cerebrale în saturnism este foarte complexă și discutată încă. Se atribuie o importanță variabilă — după autori — encefalitei și meningitei toxice, hipertensiunii paroxistice, turburărilor circulației cerebrale, care pot surveni și în lipsa hipertensiunii cerebrale, apoi unor turburări în metabolismul clorului plasmatic, etc.

Cazurile noastre nu aduc o contribuție pentru elucidarea patogeniei, dar merită ca să fie descrise pentru raritatea lor excepțională astăzi. De fapt, până acum în clinicele din Cluj, noi n'am avut ocazia să observăm cazuri de encefalopatie saturnină, deși au fost internați adeseori bolnavi cu saturnism profesional.

În categoria a III-a am grupat cazurile cu saturnism latent precum și formele fruste pe care le-am depistat prin ancheta medicală făcută la membrii de familie a bolnavilor internați în clinică. Unii din acești bolnavi au prezentat uneori dureri vagi abdominale, anemie, subicter, slăbire, lizereu gingival. În tabloul sanghin am găsit hematii cu granulații basofile.

Apariția cazurilor noi din comuna Mohu și din Sibiu, ne-au determinat să insistăm din nou asupra sursei din care a provenit toxicul. Oalele de lut și tăcămurile care conțineau plumb nu puteau constitui o explicație mulțumitoare pentru apariția aproape simultană a cazurilor din Veștem, Mohu și Sibiu. O intoxicație prin alimente care se consumă în mod curent părea mult mai verosimilă fiind vorba de o intoxicație în masă. Din literatura care am avut-o la dispoziție am aflat că în mediul rural a fost găsită vinovată în asemenea cazuri apa (saturnism hidric), făina măcinată în morile ale cărei pietre erau reparate cu plumb topit, apoi mustul păstrat sau extras cu anumite vase de Pb., boia falsificată (intoxicație descrisă în Bulgaria) etc. Întrebând în această direcție pacientul din comuna Mohu, ne-a mărturisit că în primăvară el însuși a reclamat morarului că făina de grâu n'a fost bine măcinată. Morarul a demontat pietrele și găurile pe care le-a găsit în ele le-a umplut cu plumb topit.

Pacientul își aduce bine aminte că în aceeași zi, a măcinat și primul din seria de intoxicații, cu care a avut o discuție pentru prioritate.

D-l medic primar al județului, Dr. Oprean și d-l chimist Galea dela Inst. de Igienă au făcut o anchetă la moara din Mohu și au confirmat cele spuse de bolnav. Din pietrele de moară a putut fi extrasă o cantitate mare de plumb. În 1934 Croselti și Farconi au publicat o intoxicație în masă la 85 de persoane ce consumau făină care conținea plumb provenit din găurile roților de moară reparate cu acest metal.

Iată cum descrierea unei surse de importanță secundară ne-a împiedecat să găsim sursa adevărată.

Există prin urmare intoxicații mixte care ne pot duce în eroare. De multeori este nevoie de multă perseverență pentru a afla sursa principală.

Prin acest mod de intoxicație s'a putut explica însfârșit:

1. Simultaneitatea cazurilor.
2. Evoluția lor. Când pacienții consumau făină de casă fenomenele reveneau. Când erau în clinică sau în altă localitate regresau.
3. Este interesant că cele mai grave cazuri erau la bărbați, probabil că consumau mai multă pâine, mai mult plumb.
4. Faptul că îmbolnăvirile s'au petrecut primăvara când în aceste sate a fost lipsă de grâu s'a împiedecat întinderea epidemiei.

Câteva *considerațiuni practice* în legătură cu observațiile descrise până acum.

1. Aceste observațiuni prin erorile de diagnostic la care au dat naștere confirmă pe deplin ceea ce am spus la începutul acestei comunicări și anume că diagnosticul saturnismului accidental este de multeori dificil, în orice caz mai dificil decât al celui profesional.

2. Tabloul clinic în cazurile din această categorie a fost întotdeauna foarte variat, polimorf. Din acest motiv orice diagnostic am fi făcut afară de acela de saturnism, ca de exemplu: intoxicație alimentară, hepatonefrită, colită, etc., totdeauna am fi constatat o disarmonie între simptome. Așa de exemplu în observația primă, diagnosticul de intoxicație de origine alimentară nu ne-a mulțumit, pentru că erau prea mari durerile abdominale, constipația prea rebelă, iar crizele reapăreau ori de câteori ajungea din nou în mediu în care s'a produs intoxicația.

3. Se subliniază în general în toate scrierile care se ocupă de această problemă că în colicile saturnine, cu toată gravitatea tabloului clinic, la examenul obiectiv al abdomenului nu s'a constatat decât o sensibilitate la presiune ușoară care dispărea la presiune profundă, aceasta poate produce chiar o ușurare. Acest simptom l-am putut confirma și noi.

4. Dacă ținem seama de aceste considerațiuni ajungem la concluzia că în fața oricărui sindrom abdominal dureros care este însoțit de simptome generale și organice variate, dacă diagnosticul pe care îl facem la început este nesigur, să ne gândim la posibilitatea unei intoxicații cu plumb, vom căuta atunci în primul rând lizereul gingival și vom face un examen hematologic pentru punerea în evidență a granulațiilor bazofile. Fără a fi specifice se acordă în general acestor simptome o importanță deosebită, ceea ce rezultă și din faptul că autorii francezi le numesc „stigmat” ale saturnismului.

Cercetările etiologice pot fi completate, când avem laborator în apropiere, prin analize clinice, spectroscopice și fotometrice.

5. Ca ultimă concluzie, în intoxicațiile neprofesionale, trebuie să ne gândim și la posibilitatea intoxicațiilor de origine multiplă. De aceea să evităm greșala de a

considera o sursă de mai mică importanță ca sursă mică de intoxicație.

RESUMÉ

Intoxication en masse avec du plomb dans un milieu rural

Les auteurs ont eu l'occasion d'observer pendant les mois du Juillet—Octobre 1941 une série des cas d'intoxication avec du plomb, qui se sont présentés en masse, comme une épidémie, dans deux villages des environs de Sibiu: Mohu et Deștem. Les auteurs ont étudié de plus près seulement 17 cas de ses cas, des gens qui ont été interné dans la Clinique Médicale II à Sibiu.

La provenance du toxique n'a pu être découverte qu'avec grand difficulté, elle venait des meules du moulin du village de Mohu, où tous les malades avait fait moudre le blé pour leur pain. Les meules trouées avait été réparées par le meunier en bouchant les trous avec du plomb fondu, qui ensuite pendant le moulage a passé dans la farine consommée par ceux qui sont tombés malades.

ZUSAMMENFASSUNG

Massenvergiftung durch Blei, auf dem Lande

Die Autoren hatten Gelegenheit im Laufe der Monate Juli—Oktober 1941 eine Reihe von Bleivergiftungsfällen zu beobachten, welche massenhaft, wie eine Epidemie, in zwei Nachbargemeinden von Hermannstadt auftraten: in Mohu und Deștem. Zu genauerer Beobachtung und Studium gelangten nur 17 Fälle, die in der II. Medizinischen Klinik zur Aufnahme kamen.

Die Vergiftungsquelle konnte nur mit grosser Schwierigkeit festgestellt werden und ging von den Mühlsteinen der Mühle der Gemeinde Mohu aus, in der alle Erkrankten ihr Brotgetreide mahlen liessen. Der Müller hatte die schadhafte Mühle selbst repariert, indem er die Löcher mit Blei ausgoss, welches dann beim Mahlen ins Mehl gelangte, aus dem Brot gebacken wurde. Alle die von diesem Brot gegessen hatten, zeigten mehr oder weniger heftige Erscheinungen von plötzlicher Bleivergiftung.

Doctrina medicală în noua orânduire profesională

Dreptul la sănătate și dreptul de a vindeca în lumina etatizării bolnavilor și medicilor

de

Prof. Dr. M. Kernbach

Profesiunea medicală a cunoscut în ultimii 50 de ani cele mai radicale transformări. Istoria medicinei, dacă ne-a arătat cu belșug de amănunte evoluția faptelor și descoperirilor strict medicale, în interiorul ei, a lăsat pe plan secundar, evoluția ei socială și mai puțin

evoluția ei profesională, proiectată în trăirea ei exterioară.

Exagerarea tehnicii și a laturii materialiste înăuntru, reformele sociale și etatiste exagerate înafară, cu un corp profesional pe cale să ajungă un organ tehnic so-

cial, național, un instrument de conducere în organizarea și administrarea Statului, rezumă plastic tabloul actual al trăirii medicale.

Din cetatea individualismului, medicul e transpus în totalitatea lui — în acțiune, în preocupări, în gândire, în obligațiuni și misiune — în omul de Stat, reprezentant al Statului, al interesului comun și suprem al Națiunii.

Bolnavul-individ dispăre din zi în zi, odată cu individul-medic. Fiecare bolnav reprezintă un purtător de pericol, un fragment al pericolului colectiv, când e vorba de o boală infecțioasă, al degenerării întregului când e vorba de o boală eredo-degenerativă, al reducerii cantitative a întregului, când e vorba de celelalte boli.

Misiunea profesiei medicale este esențialmente socială, ea devine *teoretică*, imputernicită a Statului, spre a păzi și conserva bunul lui suprem: sănătatea.

Dela medicul-societate, se tinde spre profesia-societate, îndrituind-o cu un *drept de a opina* în afacerile sănătății sociale și publice.

Față de noua reformă, dreptul la sănătate și dreptul la vindecare, care o prefațază, cer a fi armonizate, puse de acord cu dispozițiile tuturor legilor și în special, cu contradicțiile doctrinei și jurisprudenței.

I. Dreptul la sănătate.

Suntem întradevăr la răspântii epocale. În evoluția ei, medicina, sub permanenta înrăurire a marilor idei sociale, științifice, filosofice, politice și chiar economice, prin care a trecut omenirea, și-a lărgit când conținutul ei, și-a schimbat când ideile ei misiunare, și-a transformat când concepțiile ei diriguitoare. Într-o permanentă evoluție, sub impulsurile marilor prefaceri ale lumii, medicina s'a încadrat nu numai în specificul gândirii stăpânitoare de epocă, ci s'a ajustat, cu s'au fără proteste, chiar la toate cerințele impuse de imperativele social-politice.

Înainte de a păși în veacul ce-l trăim, medicina intrase deja în zodia etatismului, accentuat în ultimele decenii. Ne găsim de mai bine de 50 de ani, în fața etatizării boalei și a etatizării medicinei, în cele mai multe state, etatizare ce cuprinde pe alocurea 25—40% din populația țărilor — adică a pacienților — și 60—80% a medicilor și personalului medical. Această nouă fază a medicinei, se datorește în primul rând concepțiilor de guvernare, concepției de largă *politică socială* a Statului, care își asumă toată răspunderea „Binelui Public”. *Asistența medicală și ocrotirea socială*, alături de puterea administrativă, executivă, educativă, oferă Statului o nouă putere, un nou instrument de guvernare și administrare: *puterea medico-sanitară*. Sănătatea și boala nu mai aparțin individului. Ele aparțin *sănătății*

publice și tot ce este de ordine publică cade sub incidența puterii de Stat, centralizatoare.

E un fapt de mult împlinit și aplicat în practică, de decenii. Sănătatea publică își are organele ei tehnice și administrative, conduse în bună parte de medici. Profesia medicală luată ca unitate spirituală și tehnică, nu a fost în mod oficial chemată la conducere sau consultare în materie de sănătate publică, decât în ultimii ani și în foarte puține țări. Profesia medicală etatizată, formează un organ în subordine al conducerii centrale și era natural, ca ea să primească ordine și directive, nicidecum să le dea.

Organizațiile medicale libere și-au exprimat doleanțe și puncte de vedere, care nu erau de natură obligatorie față de conducere. Ele și-au făcut datoria, privită foarte adesea prin prisma egocentrismului profesional. O noțiune nouă și contrarie acestuia, e legată de *organizațiile profesionale și obligatorii publice*, chemate tocmai ca aparat consultativ al conducerii centrale.

Așa sunt Camerele Medicale ale Germaniei și Sindicatele Medicale fasciste ale Italiei. Medicul funcționar al statului, i se dă drept de administrație, jurisdicție și eligibilitate în interiorul profesiei. Medicul public este înglobat prin corporația sa, în însuși funcționarea și conducerea sănătății și a vieții medico-profesionale.

„Secolul corporatismului” cuprinde și profesia medicală. Corporația perfectează cercul etatizării totale a trăirii medicale.

Din idealul romantic al medicului de altădată, care concepea libertatea sub toate aspectele ei, nu va mai rămâne decât o restrânsă libertate; a rămas în largă măsură neatinsă încă cercetarea științifică, care asigură mai departe caracterul major al medicinei, de știință evolutivă și progresistă. Etatizarea sau socializarea va fi absolută și totală: medicul-funcționar obligat a fi și membru al corporației sale. Practic, înseamnă că atât profesional-individual, cât și profesional-colectiv, medicul stă permanent în serviciul Statului, în serviciul Națiunii și al Patriei sale. Fie în societate, fie în Statul modern, medicul este indispensabil bunel organizări, administrării și evoluției, legate tot mai intim dela ideea „Națiunii Mari și Puternice” prin prolificitate tot mai crescândă, prin sănătatea deplină, prin învingerea sau reducerea morbidității și a mortalității. Poporul mare și puternic e cel ce se razimă pe capitalul său biologic. Statul este acela care își asumă această imensă răspundere: *păstrarea, apărarea și ameliorarea capitalului biologic al Națiunii, ideal de sănătate și putere*.

Instrumentul pentru realizarea acestui ideal, îl formează corpul tehnic-sanitar, dublat pe alocurea de corporația medico-profesională. Dreptul la sănătate și dreptul de a vindeca, sunt contopite doctrinar, într-o obligație unitară.

Dreptul la sănătate întrețesut în structura Statului

S'a scris și s'a vorbit de „*responsabilitatea mediciniei*”. Și nu va fi lipsit de interes și chiar de învățăminte, să cunoaștem ce-a realizat acea medicină „liber-profesionalistă”, dacă într-adevăr, ea și-a îndeplinit misiunea ei în omenire. Să ne amintim obiectiv de marile cuceriri și de marile înfrângeri. Dacă medicina stăpânește de veacuri, într-o măsură, bolile infecto-contagioase, ea n'a reușit în schimb, să oprească în mersul lor ascendent, bolile mintale, bolile de nutriție, bolile de inimă, cancerul și mai ales, nu a reușit încă să *asigure*, acea moarte naturală, fiziologică: bătrânii noștri trăiesc și mor bolnavi.

Este foarte adevărat, că odată cu revărsarea binefacierilor mediciniei științifice, dreptul la sănătate a fost recunoscut și garantat tuturor. La început sub forma de asigurări și mai apoi de legi și regulamente sanitare, întărite și consfințite prin codul penal — infracțiuni contra integrității corporale și a vieții — și în fine prin pactul fundamental al Statului, integritatea corporală este asigurată în aceeași măsură, fiecărui cetățean.

Dacă dreptul la sănătate putea fi garantat în articole rigide de legi și coduri și dacă odinioară acest drept se limita la o asistență medicală în caz de boală, cu mijloacele și posibilitățile vremii, ideea de sănătate privită în ansamblul medicinii moderne, stăpânește valorii vitale noi, uneori chiar viața privită în totalitatea ei.

Dreptul la sănătate aparține odinioară dreptului individual, medicul și bolnavul luptând contra boalei și a morții, așa cum luptă fiecare individ contra tuturor amenințărilor ce interesau integritatea corporală și viața. Dacă individul a reușit să se apere, în mai mare măsură, singur, contra frigului de ex. sau contra foamei, nu a reușit să se apere singur și contra boalei. Au intervenit asigurările sub diferitele lor etichete, oferind asistență medicală pentru accidente de muncă, invaliditate. Treptat s'a ajuns la „Asigurările sociale”, care dau asistență medicală completă și pentru caz de boală, bătrânețe, maternitate, etc. Acesta este pasul, care a dus la etatizarea tot mai accentuată a bolnavilor, prin extinderea asigurărilor și în câmpul celor mai avuți. Au urmat apoi asistența medicală gratuită sau diriguată de Stat, pe care pacienții o găseau în societățile filantropice, în așezămintele caritabile, spitalele sau medicale ale Ministerului Sănătății, de Internă, după condițiile locale.

Dela dreptul individual de sănătate, ajungem la obligația sănătății colective etatizate. Statul-tutelar și Statul-salutar, procedează apoi spre crearea aparatului de stat, adecvat noilor obligațiuni publice. Aceasta este în primul rând, corpul tehnic sanitar, format din toți specialiștii medicinei moderne curative și mai apoi preventive. În majoritatea statelor moderne — cu excepția

Germaniei, practica medicală este monopolul medicilor calificați și titularizați. Facultățile de medicină și farmacie, precum și școlile personalului auxiliar medical, constituiesc prima realizare a obligației luate de Stat. După educația și pregătirea personalului, au urmat legile și regulamentele sanitare, care prevăd reglementarea exercițiului medicinei și toate problemele de sănătate publică și ocrotire socială. Atât prin legile de drept privat, cât și acelea de ordine publică se sancționează toate înfrângerile ce privesc sănătatea publică și exercițiul medicinei.

Dreptul de control, constatare și sancționare cade și în atribuțiile medicului sanitar, adică acel drept de poliție sanitară. Urmează apoi și sancționarea medicinei ilicite. În unele direcțiuni, medicul sanitar i s'a acordat chiar dreptul de a ridica liberitatea individuală, de a trata forțat (pe bolnavii venerici și infecto-contagioși), de a interna sau izola forțat (bolnavii mintali), de a examina forțat (emigranții) etc. Totodată, el e îndreptățit a executa acte cu caracter violent (vaccinări) sau a divulga secretul profesional (boli infecto-contagioase, profesionale etc.).

Dreptul la sănătate devine astfel un drept fundamental, deasupra tuturor drepturilor. Pe axa lui și în funcție de el, se reglementează celelalte drepturi. În fine, ocrotirea vieții și a sănătății, asigurate și prin codul penal și civil, duce la sancționarea tuturor celor care le vatamă. Și prin aceasta, sănătatea e definită odată mai mult, ca fiind de ordine publică. Legile și organele publice o garantează și o ocrotesc, impunându-o ca o obligațiune superioară. Dreptul la sănătate, îmbracă pe alocurea, un grad de înălțătate, care întrece chiar pe acela al libertății individuale. Totdeauna, când e în joc sănătatea publică, grija crescândă a Statului pentru sănătatea Națiunii, a dus și la alte aspecte ale dreptului la sănătate colectiv: „apărarea sângelui”, „apărarea căsătoriei”, acordând medicului puteri de selecționare și eliminare umană.

Medicina etatizată elimină dela procesul reproducției pe cei inutili și selecționează pentru acest proces, pe cei cu ereditate sănătoasă și deci cu valoare pentru Națiune. Medicina etatizată oprește și distruge viața în antinomie flagrantă cu misiunea ei esențială: a conserva și ajuta transmiterea vieții. Aceste măsuri constituiesc chiar o negațiune a idealului de bază, care a creat medicina. În fine obligația-sănătate și-a creat instituții spitalești, medicale și de ocrotire pentru medicina curativă publică, instituții, laboratoare și dispozitive pentru medicina preventivă.

Corpul tehnic sanitar și auxiliar, dublat de instituții, arsenalul medico-tehnic și medico-farmaceutic, secundat pe alocurea de personalul de ocrotire și asistență socială, devine armata etatizată, „armata albă” în lupta contra boalei și a morții. Mai este demn de notat, că

în această nouă concepție a dreptului de sănătate, se află în vădită preponderanță și ascensiune, *medicina curativă*.

În atari condițiuni se prezintă azi dreptul la sănătate. Dacă cunoaștem metodele lui de aplicare în cea mai bună parte, nu cunoaștem însă în linii mari realizările dobândite până acum sub pecetea etatizării.

Dreptul la sănătate în concepția modernă a sănătății

Ce se ascunde azi sub acest drept la sănătate? Ce așteaptă Națiunea, ce așteaptă individul dela medicina modernă?

Medicina modernă, în doctrină și practică și-a extins mijloacele ei de prevenire, vindecare și îndrumare, în toate manifestările vieții omenești, privită individual și în colectivitate. Ideea de sănătate și boală cuprinde într-o vastă sinteză toată *existența umană*.

Intradevăr, medicina pe plan curativ dă sprijin;

a) **Ameliorării sau vindecării fizice**, adică ea dispune de mijloace de acțiune direct asupra materiei vii, în forma și structura ei, sustrăgându-o sau supunându-o influenței factorilor biologici, alimentari, blocosmici și patogeni sau influenței mult variate și complexe terapiei moderne. Medicina și-a asumat grija și răspunderea de a conduce viața fizică a individului începând cu procreația și urmând-o până la moartea naturală, fiziologică, veghind în permanență spre a evita îmbolnăvirea și afectarea organică;

b) **Ameliorării sau vindecării psihice, spirituale**. Medicina și-a luat rolul de a obține armonia și relațiile echilibrate între somă și psihic, ce stau sub influența neîntreruptă a factorilor psihici și biosociali. Ea se obligă a discerne de timpuriu disritmiile și dezechilibrele neuro-vegetative, pentru a înlătura sau amâna afectarea sistemului nervos central;

c) **Ameliorării sau vindecării funcționale**, care în fond nu este decât aceea a *productivității omenești, a economisirii capitalului uman*. Omul reprezintă capitalul-muncă, necesar menținerii echilibrului economic în structura Statului. Acest capital e legat de toate funcțiunile, implicând o perfectă realizare a lor, pentru randamentul optim, cantitativ și calitativ. Odată cu creerea *medicinii asigurărilor sociale*, s'a organizat *munca pe baze științifice*, permițând industrializarea în stil mare, cu toate avantajele și dezavantajele ei pentru omenire: șomaj, revoluție, război. Medicina militară, mai ales cea de război, e o altă latură a acestei preocupări;

d) **Ameliorării sau normalizării sociologice**, prin cunoașterea, depistarea și evitarea conflictelor omenești în colectivitate. Patologii moderni, în special medicii sociologi, au demonstrat de nenumărate ori (*Hollmann*),¹⁾

¹⁾ Hollmann: Krankheit, Lebenskrise und soziale Schicksal. Thieme—Leipzig 1940. 80—192 pg.

că între factorii patogeni trebuie să socotim și conflictele psiho-sociale. Mediul social prin factorii lui multiplu-economic, politic religios, moral, educativ, teoretic, familiar, etc., dau loc la numeroase conflicte, ce ulterioare duc la dezechilibre neuro-vegetative și apoi la afecțiunile organice. Medicina a devenit azi, parte integrantă a sociologiei. (*Nicolle*);¹⁾

e) **Ameliorării biologice**. Medicina cunoaște într-o oarecare măsură legile eredității și prin aceasta, ereditatea patologică umană. Prin metodele eugeniei ea poate evita disgeniile, *degenerații și tarații ereditari*.

Aceste cerințe ale medicinei se încadrează, de sigur, într-o sinteză minoră a vieții, lăsând altui prilej încercarea unei sinteze majore, a medicinei, în cadrele existenței omenești.

Pe plan preventiv, se subînțelege prevenirea îmbolnăvirii fizice, funcționale, psihice, biologice și sociale.

Dreptul la sănătate etatizat, aparține tocmai acestel concepțiuni sintetice. Nu mai este vorba de acea luptă contra boalei și a morții, în vechile cadre ale medicinei „*selecționatoare negative*”. Dacă ea continuă să facă încă, într-o bună măsură, selecționarea celor neapți pentru o viață sănătoasă, prin preocupările ei moderne bio-sociale, ea tinde netăgăduit, spre o *selecționare pozitivă*, spre selecționarea valorilor și a elitelor fizico-spirituale.

Va fi oare în măsură medicina, lăsată la propriile ei mijloace sau prin Stat, să realizeze acest drept la sănătate, care în imaginația literaților apare ca un „agregat utopic?”

Boala a apărut odată cu viața. Ea nu va putea fi înlăturată, decât numeric. Statisticile ne arată în mod elocvent că în măsura în care s'au redus cantitativ anumite boli, s'au înmulțit în schimb altele mai greu de prevenit. Azi, bolile ce aparțin sănătății publice sunt cu totul altele, decât acelea ce-au fost în trecut. Aspectele noi ale nosografiei impun Statului, revizuirea fundamentală a metodelor de acțiune, a personalului și însuși a structurii sale.

Dreptul la sănătate prin etatizarea bolnavilor

Etatismul veacului nostru, acest „Stat-monstru”, de care vorbesc apărătorii individualismului, pare să tindă ași lua asupra-și girarea bunurilor materiale și spirituale, asumându-și drepturile și datoritiile, care altădată aparțineau individului. Organizarea societății și reforma instituțiilor sale tradiționale, e unica lui țință; doctrina etatistă, socotită de adversari o facțiune politică, condusă sau exploatată și a cărei rezultate nu sunt încă cunoscute în totalitatea lor, e socotită în aparență

¹⁾ Nicolle: La responsabilité de la Médecine. Alcan Paris—60, 210 pg.

că „conspiră” cum afirmă Duhamel,¹⁾ „contra ultimelor privilegiilor ale individului în profitul Statului”.

În această luptă de idei și concepții reformatoare, medicina a luat la început, o atitudine activă, încheind însă cu una pasivă.

Cele două mari prefaceri politice ale vremii, au transformat profund aspectele tradiționale ale medicinei: *politica socială* și *politica totalitară*. Persoana Statului încercându-se cu toată răspunderea sănătății cetățenilor, a etatizat, mai întâi pe medic și mai apoi pe bolnav.

Etatizarea bolnavilor s'a făcut treptat, dar în ritm progresist, prin *Asigurările Sociale*. Scapă observatorilor faptul ce s'a înregistrat în cele mai multe din marile transformări sociale, fie pe tărâm politic, economic, educativ, fie cultural. Odată cu binele ce-l aduc aceste prefaceri pentru o parte, în contrast vădit, apare și răul, prejudiciul pentru altă parte. Asigurările Sociale, dacă au adus imense servicii păturei muncitorești, au prejudiciat, uneori chiar profund păturea medicală și chiar medicina. Organizarea medicală în asigurări persistă și azi ca o problemă nesoluționată. Cu cât țările devin mai industrializate, mai capitaliste, cu atât etatizarea bolnavilor a devenit mai extinsă. Alături de *asigurarea obligatorie* s'a dat libertate și *asigurării benevole*, care a atins cifre nebănuite pe alocurea. Numai în Germania, ne arată Finkenrath,²⁾ în 1885 era 4 mil. asigurați, iar în anul 1928 22 mil. În 1885 se găseau 9,16%, asigurați din toată populația Germaniei, pentru ca în 1928 să fie 33%. Membrii familiilor asiguraților atingeau procentul de 94,4% a celor ce beneficiau de toată asistența medicală: soții, copii, bunici, părinți și socri. Asta înseamnă că 2/3 din populația Germaniei era smulsă liberelor alegeri medicale. Asistența medicală era dată în mâna unei terțe persoane, care o controla și o plătea. De aici s'a ajuns la o tensiune și chiar la raporturi tragice, între medic și casele de boală.

În asigurări activitatea medicală a fost privită la început ca un act de caritate publică și mai puțin, ca act demn de onorat: a fost timpul când medicii erau angajați cu salariu foarte mic, în schimbul asigurării asistenței medicale. Discuțiile și luptele au fost de notorietate publică. Comportarea etică a medicului a fost mult înrăutățită: scoborârea prestigiului profesional prin concurența ilicită, prin mituire — în cele din urmă — prin distribuirea posturilor sub amenințare și supunere. În Germania între 1913—1918 se obține o liberă alegere, care dispare odată cu transformarea Germaniei în Stat totalitar și Stat al Binelui-Public. În concepția medicului, crescut la școala profesiei libere, extinderea Caselor de Boală, depășirea granițelor de

asigurare benevolă, insuficiența salarizare a medicilor, înmăștiunea politică în vechiul drept medical, erau socotite arme de politică dușmănoasă a regimului politic, contra profesiei medicale. Aceasta a dus la dispute neîntrerupte și la experimentarea diferitelor sisteme de practică medicală: *numerus clausus*, număr limitat de pacienți pentru un medic, alegere liberă limitată, liberă alegere organizată prin asociațiile medicale sub control propriu, sistem mixt în Anglia, sistemul Lyonez „*tiket modérateur*”, conducerea caselor de asigurări prin medici, angajarea cu pașal, funcționarizarea definitivă, etc.

Oricare a fost sistemul ce-a învins, prin înmulțirea numărului bolnavilor și prin frecvența lor crescândă, libertatea și ocupațiunea științifică a medicului au devenit mai mult *administrative* și *economice*. Dacă bolnavul asigurat, solicita ajutor și îngrijire medicală, casa ce-l patrona, se interesa de *economisirea* consulturilor și prescripțiilor medicale. Aceasta mai ales în sistemul liberelor alegeri. Casele de boală nu urmăreau vindecarea asiguraților, ci un tratament medical care să nu depășească cota prescrisă pentru fiecare asigurat. Evident, că această concepție a dus la un profund regres al medicinei în asigurări, cu consecințe ce nu se cunosc, dar care se pot prevedea. În timp, ce în ultimele decenii, asigurările s'au dezvoltat tot mai mult sub influența directă a activității medico-profesionale, medicul fiind cel mai important colaborator și protejitor al asiguraților, medicina ca știință și profesie, regresa. Dăm împreună cu Finkenrath, caracteristicile medicinei în asigurări:

1. Aici medicul este mai mult expert, decât medic curant, fiind obligat să verifice orice declarație de boală pentru a descoperi pe simulant.

2. Examinarea și constatarea obiectivă a pretențiilor nejustificate ale asiguraților, ajutor de boală, internare în spital, tratament balneo-climatic, etc.

3. Mediaalizarea maselor, medicul fiind restrâns a prescrie numai acele medicamente prevăzute în indexul caselor de asigurare.

4. Depersonalizarea și deobiectizarea bolnavului, în sensul că oricare ar fi bolnavul, ca etate, sex și constituție, medicul este obligat a prescrie aceeași medicație. S'a ajuns astfel la un fel de standardizare a boalei, bolnavului și a prescripțiilor medicale. (În orice fază a sifilisului nu se admitea de ex. decât un anumit număr de injecții cu salvarsan sau bismut).

5. Scăderea valorii muncii medicale, medicul fiind obligat a vizita la domiciliu sau în ambulatorii zece de bolnavi într'un timp foarte scurt.

6. O consecință imediată a fost creșterea limitelor nesiguranței în erorile de diagnostic și evident și indicele de tratament. Acesta forțat devenea tot mai aleatoriu, medicul se vedea obligat a prescrie un ceal anodin sau a trece cu ușurință peste bolnavii așa zisi „*inofensivi*” din cauza numărului lor prea mare.

¹⁾ Duhamel G. Les excès de l'étatisme et les responsabilités de la médecine. In Nicolle op. loc. cit.

²⁾ Finkenrath Kurt: Die Verstaatlichung des Patienten, in der Arzt und der Staat. Thieme—Leipzig 80—138 pg. 1930.

7. În camera de consultații, numărul celor ce cereau consultul fiind prea mare, se strecurau și simulanții (acei ce câștigau mai mult prin ajutorul de boală), știut fiind că simulantul reclamă o observație mai îndelungată și internare în spital.

8. Profesiunea medicală a suferit afară de ruperea solidarității și numeroase jigniri, prin înființarea „medicilor controlori”, „medicilor șefi” și „medicilor de încredere”, chemați a cerceta latura economică a tratamentului medical. Efectul a fost, desbinarea profundă între medic și umilirea activității medicale. Activitatea științifică este restrânsă, odată cu cea profesională, ea devenind biurocratică, neștiințifică, jignitoare pentru medic; inutilă sau chiar periculoasă pentru bolnavi. Acest control nu urmărea decât „costul” tratamentului, a ajutorului de boală, a spitalizării, a onorariului medical, iar nicidecum dacă toate acestea au fost bine sau nu aplicate. Nu se urmărea vindecarea, ci stângerea simptomelor, ușurarea trecătoare a suferinței.

9. Birocratizarea medicinei nu aruncă numai în spatele profesiei medicale „riscul economic” al asigurărilor, ci chiar și riscul moral al unei legi insuficient pregătite și defectuos aplicate. În același timp, ea a forțat pe medici să accepte și să ia atitudine contra dezvoltării medicinei și libertății științifice medicale. Neacceptarea echivala cu izgonirea. Cu drept afirmă Finkenrath că în Germania se ajunsese la o practică medicală în stil egiptean, de acum câteva milenii, după cărți hermetice. Prin punctele de vedere „economice”, medicul din asigurările germane era amendat și nimicit în existența sa materială. Deși aici au luptat 3 generații de medici, situația în 1929 nu a fost schimbată. Din politica profesională, medicina a trecut în cea economică, fiind mereu în suspiciune morală, iar asigurările sociale deveniră *panem et circenses* al partidelor politice.

Finkenrath încheie astfel pledoaria sa pentru reintroducerea și menținerea liberei alegeri. „Birocratizarea profesiei medicale nu poate fi și nu trebuie să meargă așa de departe, ca să nimicească responsabilitatea, plăcerea și dragostea de profesiune. Asta duce netăgăduit la o concepție materială a profesiei cu toate desavantajele ei...”

Asigurările sociale au mai dus la o asociație a medicilor din asigurări, care rezolvă chestiunile materiale și pare a fi liniștit pentru moment disputele și nemulțumirile.

Shryock¹⁾ ne arată însă, că sistemul asigurărilor sociale din 1900 și până la 1940 nu a dus în Germania, la o reducere a mortalității. Ea se menține la același coeficient, ca și în țările fără asigurări sociale, cum sunt

Franța și Statele Unite ale Americii. Sistemul asigurărilor, pare a nu contribui la problemele de sănătate publică.

Dreptul la sănătate prin etatizarea medicului

Etatizarea medicinei nu este de dată prea recentă. Ea s'a impus odată cu măsurile obligatorii ce privesc *Sănătatea Publică*. În acest domeniu, nimeni nu este de opinie contrarie. Sănătatea publică implică o *etatizare absolută*, adică Statul să fie obligat ași forma organul și instrumentul de conservare și apărare a Sănătății. *Medicina preventivă și profilactică*, în toate ramurile ei moderne, este o afacere publică, de Stat.

O *etatizare relativă* admite și doctrina medicală individualistă, în materie de medicină curativă. Toate bolile, care prin natura lor, constituiesc un pericol de a se generaliza, o amenințare pentru grupuri sociale și prin ele, pentru Națiune, implică o conducere centrală de Stat. Aci intră bolile infecto-contagioase, bolile sociale, bolile profesionale, accidente de muncă, bolile congenitale și ereditare. Tot de asemeni intră aci dependenții și cei lipsiți de mijloace. Aceste sunt marile capitole ale *medicinei curative* ce aparțin Statului.

Medicina curativă în restul ei, adică medicina ce privește pe bolnavul-individ, boala cu toate aspectele ei personale, cu toate relațiile ei existențiale, aparținând individului, se cer a rămâne în „suveranitatea austeră” a independenței individualității medicale.

Geneza și mecanismul procesului de etatizare a medicinei

Antinomii pe care o trăiește corpul medical, nu va dispărea, decât în ziua când curente politice vor înțelege trăsăturile fundamentale și esențiale ale medicinei.

Medicul înafara dispozițiilor legale, și-a dat tot obolul societăților filantropice sau caritabile. Rolul său social și l-a înțeles și l-a trăit și continuă a-l trăi. E însuși esența misiunii sale vocaționale.

Sociologii moderni, au caracterizat acest rol. Medicul în societate „e conceput ca o necesitate, ca un factor, poate și ca un organ al vieții sociale”, spune Freyer.¹⁾ Atitudinea și existența medicală sunt de *importanță suprasocială*.

Sociologia vede astfel în ierarhia valorilor profesionale, medicina deasupra celorlalte. În această ierarhie, medicina nu a fost dela început o instituție a societății, ca dreptul și guvernarea. Ea e „o dela-sine-înțelegere” ce rezultă din natura ființei omenești. Medicina a fost și rămâne în domeniul raporturilor omenești, evocă atât de plastic Freyer „care poartă în ele conținutul, norma

¹⁾ Shryock R.: Die Entwicklung der modernen Medizin. Enke Stuttgart 1940, 80--374 pg.

¹⁾ Freyer D.: Der Arzt und der Gesellschaft, in der Arzt und der Staat, op. cit.

și substratul însuși al acțiunii medicale. Raportul „eu-tu” e prezent și de neînălțurat în timpul tratamentului. Sunt acei doi oameni, care se întâlnesc în schimbul nevoiei și al ajutorului, slăbiciunii și a puterii, suferinței și al științei. Această întâlnire evident omenească, e deasupra drepturilor și a datorțiilor, poate fi absolută pentru ambele părți. Medicul cunoscător al vieții omenești intervine cu putere de acțiune în criza vieții și a destinului altuia și devine pentru tot acest răstimp, rațiunea bolnavului. Boala pacientului se continuă până și prin medic, mijlocindu-se prin el ca într'un proces dialectic”.

Aceste trăsături pregnante, concretizează pe *medicul-societate*, pe medicul-liber-profesionist, individualist, în contradicție cu *societatea-medic*, în raporturile cu sănătatea publică. Aici medicul este organul societății organizate, introdus în aparatul administrativ ca expert, în domeniile sănătății omenești. El nu pătrunde în procesul boală-vindecare, ci are misiunea de a asana condițiile de viață, de a asigura prescripțiile obiective ale sănătății.

În existența modernă, socializată și suprasocializată, continuă Freyer, boala privită din punct de vedere social, era o chestiune privată. Societatea s'a așezat cu nevoile ei interne în partida sănătății. Societatea europeană clădită pe muncă și producție, nu avea în sistemul ei de valorificare, niciun loc pentru suferință, boală și moarte. Boala pentru un membru al acestei societăți, era un accident. Bolnavul, era într'o oarecare măsură, un necredincios și deci boala ținea de existența lui privată.

Desvoltarea ordinii morale capitaliste, a format însă noi straturi, dependente de solicitarea muncii și de condițiile piețelor muncitoare. Aceste straturi au dus la sistemul Asigurărilor Sociale, în care boala nu mai este socotită o „chestiune privată”. Astfel, acestei păături sociale, i s'a garantat tratamentul medical, i s'a asigurat un drept la tratamentul medical și prin aceasta atitudinea medicului s'a transformat profund. Urmează apoi pretențiile societății de a se trata anumți bolnavi (cronici-contagioși).

Societatea își revendică relațiile cu medicul sub anumite norme. În aceste relații, puterea superioară și rolul de conducător indică pe medic în postul de reprezentant al Statului. Astăzi, nu numai medicul igienist, ci și medicul curant, prin acțiunea lui de vindecare, demonstrează însușirea lui în ordinea de Stat. Educator și plasmator de oameni, igienist al rasei și eugenist, medicul e om de Stat. Acțiunea medicală spre vindecare și sănătate, cristalizează însuși fundamentul *capacității politice*, a activității medicale.

A vindeca în concepția lui Freyer, nu înseamnă numai o restituție în integrum, ci dobândirea unei alte stări, reimplantarea omului în universul său vechi sau

în altul. Medicul reprezintă nu numai rațiunea bolnavului, ci și pe aceea a societății și a Statului.

Astfel s'a născut tema funcționarizării, temă periculoasă, deci în discuție permanentă. Prin funcționarizare nu va trebui să se înțeleagă în mod strict, ca medicul să lucreze după instrucții și prescripții rigide.

Sănătate, înseamnă pe planul preventiv, menținerea individului în ordinea socială, pe planul curativ, reconducerea și reimplantarea individului în această ordine. Medicul prin însuși conținutul profesiei sale, este omul de Stat, care reprezintă ordinea, cerința și etosul Statului prezent, în domeniul sănătății.

Pentru a ajunge acest ideal, închee Freyer, nu ajunge o simplă funcționarizare a medicului. „Nu este numai o problemă de ordine juridică sau profesională, ci una de educație, de formație individuală și pe deasupra tuturor, pentru fiecare medic, o problemă morală”. Să adăugăm și una națională, pentru timpurile prin care trecem.

Cerințele economice și cele juridice au impus și au dus la etatizarea medicinei. Ea este în fond una din aspectele și consecințele secolului civilizației, a acestor transformări artificiale a vieții și a mediului omenească.

O expunere obiectivă, ne impune să cunoaștem avantajele și dezavantajele etatizării.

Avantajele profesiunii liberale

Pledanții ei sunt numeroși. Rațiunile sunt de ordin moral și spiritual, în preponderența lor. Unul din marii și stăruitorii pledanți, fără a fi în același timp, el însuși profesionist, e G. Duhamel.¹⁾

Iată după el, argumentele care impun păstrarea medicinei, între profesiile libere și smulgerea ei din excesul etatismului.

1. „Istoria arată că la originea anumitor transformări sau revoluții de idei, se găsește un om: Lavoisier, Darwin, Pasteur, Berthelot. Virtuțile care disting pe om și care până în acest ceas al istoriei au determinat înălțimea sa, sunt esențialmente virtuți individuale. Tot ce este mare în lumea umană, este opera individului sau cel puțin concepția individului. Istoria grupului este dezastruoasă, neumană. Pe când omul-individ, de secole, se arată capabil de sfințenie, de stăpânire de sine, de abnegație, omul colectiv este încă în dibuirile sale, în acțiunile și reacțiunile animalității”.

2. „Medicina e confidenta supremă și supremul refugiu al vieții individuale. Chiar în timp de război, medicii nu uită că ei sunt prin vocație, în serviciul individului și în serviciul Statului, pentru că medicina, presupune mai întâi, *respectul individului*”.

3. „Omul sub stăpânirea mizeriei sale trupesti, în suferință, *cere deplină libertate* de a apela la ministerul

¹⁾ G. Duhamel : op. loc. cit.

BRONSITE
CATHAR
PNEUMONIE
INFLUENȚĂ
LARINGITĂ
TRAHEITĂ
GRIPA

BRONCHOTIOFAN
SIROP
IPECODAL
TABLETE



FABRICA HYGEA CLUJ S.A.R. BUCUREȘTI

Expectorant

Antiseptic pulmonar

Recalcifiant

ERIGON / Dr. Wander

SIROP

Sulfogaiacolat de Potasiu

Codeină

Hipofosfiți

Bronșite cronice și subacute

— Tuberculoză

Profilaxia și terapia

Rachitismului

VIOSTERIN / Dr. Wander

Vitamină D standardizată în unități internaționale

ULEIU

1 cmc. = 15.000 unități

DRAGEURI

1 drageu = 3.000 unități

Fixator de Calciu

In GRIPĂ

GERMICID / Dr. Wander

Tablete cu 0,5 gr.

Supozitoare 1,0 gr.

Supozitoare pentru copii 0,20 gr. cu cafeină 0,02 gr.

Pulbere pentru receptură

Mostre și literatură trimise la cerere :

Dr. WANDER S. A. - Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

București VI, Strada Cazărmei Nr. 89

medicină, profesie nobilă, mare și tristă între toate. Medicul e un om, al cărei viață personală e dominată de serviciul altuia. E acel duo, dintre cel suferind și cel dela care așteaptă ușurarea".

4. „Majoritatea medicilor își iubesc profesunea, acceptă servitudinile: ei simt de asemenea sentimentul carității, cu candoare sau scepticism. Spectacolele, actele medicinei, frecventarea oamenilor fricoși, micșorați, iritabili, păcătoși, inapți, mirosul bolnavilor și al răniților, pretențiilor lor, capriciile lor, pericolele contagionului, responsabilitățile juridice, materiale, morale ale unei astfel de profesii, nu vor fi niciodată echilibrate prin profiturile scump plătite și adesea crunt desbătute, dacă nu intervine, *sentimentul carității, plăcerea unei astfel de profesii*, dragostea pentru o astfel de profesiune. Și trebuie să mărturisesc încă, dorința unei autorități foarte particulare, pe care ea o conferă încă câteodată, societatea noastră modernă".

5. „Numai prin acel raport dela om la om, se asigură *secretul medical*. Mă gândesc la acele mii descoperiri făcute de medic, în ordinea morală și care i-au arătat de exemplu, că bolnavul e fricos, sau superstitios, că-și teme femeia, că e supărat pe fiul său cel mai mare, că el are legături cu servitoarea, că el face politică anticlericală și că primește clandestin vizitele preoților. În fine aceste mii detalii intime, pe care un medic nu se poate să nu le observe, pe care un medic trebuie absolut să le observe, pentru a înțelege tot și a salva ce ar mai putea fi salvat..." „E atât de natural, ca omul atins de turburări organice, să aibă posibilitatea *de a alege*, persoana căreia este constrâns să i se încredințeze, înaintea căruia cu sau fără voie, să i se arate mai puțin sau mai mult gol, slab, lipsit, mizerabil sau ridicul. Alegerea medicului, nu este numai dreptul bolnavilor bogați, locuind în marile orașe și liberi de ași consuma capriciile lor; umilii pacienți ai satelor, preferă adesea, cu prețul unui mic sacrificiu, să cheme pe medicul din orașelul vecin, care este *medicul lor ales*, adevăratul lor confident, prietenul lor. Săracii care frecventează spitalul, ajung adesea prin mijlocul unor calcule, să fie admiși în serviciul ales de ei, pentru a fi tratați, de omul pe care îl admiră și ale cărui îngrijiri ei le caută".

Noi știm de altfel că acest *secret prețios*, care asigură *pacea bolnavului și a medicului*, e amenințat nu numai de intervenția Justiției, a legilor, a unui terț, prin prezumțiile de igienă generală, ci chiar de investigațiile unei fiscalități nepotolite".

6. Corpul medical în timpul războiului a fost în măsură să reziste solicitărilor, seducțiilor și uzurpărilor etatismului, salvând *dreptul individual*, fără să greșească doctrinile sociale. E vorba de acțiunea deliberativă cu totul naturală a oamenilor, a căror meserie este de a lua sfat, înainte de a reacționa".

Am redat fidel, argumentele, pe care numai o personalitate medicală, dublată de a unui mare literat, e în măsură să le exprime. Sinceritatea și obiectivitatea nu vor putea fi puse la îndoială, Duhamel susținându-le pur doctinar.

S'ar părea anacronic în aceste timpuri, să susținem interesele libertății individuale contra tendințelor etatizării. Nu de așa ceva este vorba aici. Un fapt trebuie însă subliniat. Dacă medicina preventivă se pretează pentru o *practică în masă* pentru că ea se adresează mediului, medicina curativă nu se pretează decât la o *practică individuală* pentru că ea se adresează omului. Medicina preventivă poate izola pe tifoid, de ex. dar tratamentul lor rămâne individual. Medicina preventivă va putea dicta măsurile profilactice contra tuberculozei, sifilisului, tratamentul rămâne însă individual, în funcție de etate, sex, fază și forma anatomă clinică a boalei, de constituția individuală. Medicina modernă constituțională este prin structura ei strict individualistă.

Acest caracter, cu desăvârșire individul al medicinei curative, nu va putea fi etatizat, decât cu mari prejudicii pentru individ, medicină și Stat. Și nu se poate ști dacă efectele acestei etatizări n'au apărut deja.

Desavantajele etatizării medicinei

1. „Tot ce lezează medicina — urmărim pe Duhamel — în libertatea sa, în judecata sa și chiar în prestigiul său, aduce prejudicii bolnavului".

2. „Funcționarizarea duce treptat la birocratizare. Medicul care trebuie să se conserve operelor de umanitate, se găsește absorbit de redactarea rapoartelor, fișelor și a nenumăratelor papetării, ce cresc zilnic. E vorba de acele acte, din ce în ce mai complicate, greu de înțeles chiar pentru oamenii de cultură medie".

3. „Etatismul răstoarnă și nimicește *idealul spiritual* al medicinei care formează resortul ei principal".

4. „Individul înspăimântat de greutatea etatismului ce-l doboară, se întoarce spre Stat, această persoană responsabilă, în speranța înșelătoare de a se ușura de unele responsabilități, care formează esența însăși a suveranității individuale".

5. „Medicul descurajat de aventurile proprii și ale clientului său, s'a încovolat mai întâi și mai apoi s'a obișnuit cu servitudinile funcționarismului. Prin retribuții suficiente s'a acomodat, renunțând în același timp la o fracțiune a responsabilității, care s'a estompat în penumbra anonimatului, condiție ordinară a funcționarismului. Treptat ea va dispărea".

6. „Al treilea plătitor a compromis *intimitatea* bolnavului și a medicului, introducând în universul suferinței și a carității, multe considerații *matematice ineficace* și tulburătoare, deschizând și mai larg ușa metodelor și artificilor de procedură, complicând necesitatea birocratică a pacientului, răniind profesunea me-

dicală în demnitatea ei, subliniind și exagerând analogia ce-ar putea ea să o prezinte — ca orice altă profesie — cu *simpliciter*, al cărei obiect n'ar fi *viețușia și suferința umană*”.

7. „Etatismul generalizează sistemul concursului funest pentru profesie, al cărei principal obiect se realizează pe încredere, simpatie și liberă alegere”.

8. „Numirea medicului funcționar depinde de o asociație, de un mic consiliu de direcție sau chiar de un singur om, favoritismul. Dispreț pentru meritele personale, pentru aspirațiile și chiar necesitățile publice, insultă bunului simț și justiției, nemulțumire generală”.

9. „Dacă favoritismul deschis este odios, dacă metoda electorală este oarbă și aleatorie, recrutarea prin concurs, care pare rațională, dela prima vedere, este deja cunoscută prin experiență. Medicina contemporană suferă grav din cauza concursurilor. S'a spus tot despre această chestiune, asupra deformărilor pe care concursurile le impun spiritului, asupra caracterului de hazard al rezultatului lor, asupra procedurilor și scandalurilor pe care ele le provoacă foarte adesea, asupra frosului timpului, a forței, a inteligenței și a voinței ce o cer. S'a arătat că metoda ori este oarbă, capricioasă, brutală, ori că ea lasă ușa deschisă favoritismului, acestor strategii speciale, care nu trece fără amărăciune, fără înjosire pentru candidați”.

10. „Agenții asigurărilor sociale care nu iau deloc parte la suferințele bolnavilor și la oboseala medicilor, apreciază și tarifează. Ei aplică metode aritmetice la fenomene nemăsurabile. De aci s'a ajuns la o industrie de târgușii, samsarlăcuri și compromisuri din care medicina a eșit micșorată”.

11. Dela medicina activă, progresivistă, cu forțe propagatoare, am ajuns la o *medicină pasivă*, regresivă cu forțe frenatorii”.

12. „Medicii s'au grupat în *asociații puternice* pentru a-și găsi astfel azil și protecție contra funcționarismului.

Iată în fine, argumentul final al lui Duhamel :

„Exercițiul medicinei se realizează pe o *ideologie morală* care se numește în mare *conștiință*. Or, conștiința este individuală. Colectivitățile administrative nu cunosc nimic comparabil cu această conștiință individuală. A abdica individualismul în acest moment al lumii va fi pentru un spirit clarvăzător, un act de dimisionare și mai exact o sinucidere. Pentru că ea are mistuirea să asiste omul în actele esențiale ale vieții, în actele în care, cu toate că fiecare om e solitar și în mod forțat individual, în naștere, suferință și moarte, medicina trebuie să rămână unul din aceste colțșoare ale individualismului în pericol”.

Duhamel se întâlnește cu colegul său Finkenrath și cad de acord asupra multor probleme. Medicina și boala sunt aceleași pretutindeni și nu diferențiază rasele.

Dreptul la sănătate în gândirea juridică

Dacă medicii mai trăesc încă Idealul individualismului moderat, juriștii și sociologii, nu văd în etatizarea medicinei, decât prejudiciul calitativ a activității medicale.

Richter¹⁾ este unul dintre aceștia. El privește etatizarea în trei direcții :

1. Etatizarea funcțiilor medicale ;
2. „ personalului medical ;
3. „ gândirii medicale.

Funcțiunile medicale etatizate înseamnă participarea medicilor în masă, la serviciul terapeutic și igienico-profilactic al Statului.

Pe plan terapeutic, medicina curativă și-a dovedit, crede Richter — tot mai crescând afluența ei în asigurări și în asociațiile caritabile.

Pe plan igienic, vindecarea unui individ datorită unei concepții umanitare, va avea aceeași valoare și pentru evoluția de mai târziu a rasei. Igiena are caracterul social, ea trebuie să fie organizată, pentru a fi eficace. Măsurile profilactice vor fi în mâna Statului, care la rândul său va garanta asistența publică. De aceea tot Statul îl revine dreptul de a pregăti personalul medical.

Personalul medical, trebuie să fie etatizat. Ideea de profesie liberă aparține Idealurilor romantice. Medicul nu este numai medic, ci artist și filozof. În timpul romantismului medicii erau mai mult artiști și mai puțin specialiști și cunoscători. Ideea de profesie liberă este mai mult un produs al „veacului de deslușire”, o tendință spirituală, pe care societatea modernă a înlăturat-o într-o mare măsură. Ideea nu mai este așa de simplă ca acum 50 de ani.

Azi avem de a face cu medicul funcționar, cu medicul angajat pe baza unui contract de serviciu civil-legal și nu a unui contract de serviciu privat, ca în cazul medicului liber-profesionist. Medicul nu poate încheia un contract de muncă, căci el nu poate promite vindecare. Medicul spitalului public e un angajat de muncă, angajatul spitalului, mai exact al subiectului legal.

Medicul poate fi și trebuie să fie funcționar. Medicina nu poate să fie socializată, căci ea nu oferă un „bun de consum”, ci „un mijloc de producție”.

Richter, recunoaște însă că funcționarizarea medicală, care este azi forma cea mai extinsă, influențează nefavorabil asupra calității activității medicale.

Medicul funcționar, nu echivalează cu o renunțare deplină la profesiunea liberă. Medicul funcționar, e ca și judecătorul care își păstrează independența sa obiectivă.

¹⁾ Richter Lutz : Die Verstaatlichung des Arztes. In Der Arzt und der Staat, op. loc. cit.

Juriștii trec însă peste faptul, că lor li s'a recunoscut un drept de a greși în interpretarea articolelor din legi. Instanțele superioare veghează și repară. Medicina nu este însă stratificată pe sistemul instanțelor multiple. Dacă în libera alegere, bolnavul poate recurge la consultul medical, în medicina etatizată, un singur medic, un singur om, are a se pronunța în labirintul atât de vast și necunoscut încă, al legilor vieții.

Aici trebuie să mai remarcăm, cum se întâmplă și la noi în țară, că într'adevăr medicului-curant-funcționar, i se recunoaște dreptul de a face clientelă. Pe lângă o cotă ce i se rezervă din taxele încasate de spital, medicul curant își mai are cabinetul său particular și ore libere pentru exercițiu. Sunt cunoscute neajunsurile acestui sistem mixt, pentru a mai insista asupra lor. Inegalitatea de tratament a bolnavilor, care au trecut „pe la cabinet”, față de cei ce vin direct la spital, repartizarea pe clase, chestia taxelor, chestia orelor de lucru etc., sunt numai câteva dintre ele.

Chiar și cei mai aprigi susținători ai etatizării, recunosc că medicul trebuie să-și păstreze o „independență obiectivă”, adică individualitatea sa. Am arătat și în altă parte, motivul fundamental care se opune la funcționarizarea medicinei curative. Comparația acesteia cu a magistraturei, este fundamental greșită. Dacă independența magistratului se referă la libertatea de a „interpreta” dispoziția legilor referitoare la bunurile materiale ale individului; independența medicului se referă la bunurile substanțiale și intrinseci ale vieții.

Tendința materialistă împing pe juriști să însușească și pe acestea în bunuri de cântărit și de interpretat, ca orice materie. Ideea de justiție, în concepția ei strict materială, încalcă ideea dreptului la sănătate, socotită tot de juriști, primordială.

Iată de ce, excesul etatizării se extinde și asupra etatizării gândirii medicale.

Richter, a constatat că medicii au o imagine subiectivă a societății. Invidualismul în cercul medical e mai mare ca oriunde. „Am cetit — spune penalistul german — o serie de publicații. M'am înspăimântat de măsura inculturei, a inculturei în afacerile social-politice în general, ce-mi sunt mie opuse”. Gândirea medicală trebuie să fie *social-etatistică* și nu individualistă. Medicul trebuie să fie sensibil problemelor sociale. Problemele fiecărui medic și poziția medicală trebuie privite sub imperiul etatizării, ca un proces în toată complexitatea lui, implântat în societate. Formarea acestei gândiri, pare să fie foarte grea, datorită bipolarității firei omenești: polul individual și polul social. Intre acești doi poli, multiplicitatea și multidiversitatea relațiilor intraomenești, sub presiunea înlăntuirii, dau loc adesea la conflicte. Nimeni nu poate exista, dacă nu se poate echilibra între acești 2 poli.

„Când medicul va ajunge să înțeleagă întreaga structură a Statului, — sentiment care îi lipsește azi — va ajunge să fie un cetățean activ, capabil să ia parte organizatorie și pozitivă în afacerile sociale”.

Richter, vede ca și restul juriștilor, în principiile liberei alegeri, pe medicul care își susține interesul său propriu și nu a profesiei medicale, care își are imperativele ei naturale. Ele reamintește formula fericită a lui Fischer. „Medicul trebuie să fie mai mult politician și politicianul mai mult medic.” Cu un corp medical condus de aceste convingeri, garanția sentimentului libertății, siguranței, autoafirmării poporului, devine mai puternică”.

(Continuarea în numărul următor).

Medicină preventivă

Rosturile pediatriei și puericulturei¹⁾

de

Prof. Dr. Gheorghe Popoviciu

Aș vrea să fiu dotat cu talentul oratoric, capabil să exprime în aceste clipe toate sentimentele și gândurile cari mă copleșesc. Este o ocazie solemnă pentru mine această deschidere a cursurilor de pediatrie și puericultură ale Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu în noua reședință a Universității Daciei Superioare. Orașul Sibiu a însemnat înainte de unire pentru Românismul ardelean acel centru de cultură,

unde se îmbinau viața neaoșă românească a unui element de rasă românească deosebit de inzebrat, cu influența culturală germană. Pentru fiii Ardealului era dă tă posibilitatea de a trăi astfel o viață adevărat românească în acest oraș și a lua în același timp contactul cu cultura occidentală a unui mare popor. În special pentru Românii dela frontiera de Vest a Românismului sau din alte regiuni, unde influența culturală ungurească și pe-

¹⁾ Lecție de deschidere a cursurilor de pediatrie și puericultură ale Facultății de Medicină din Cluj, ținută în refugiu la Sibiu, în 14 Noembrie 1940.

ricolul de maghiarizare erau mai accentuate, Sibiul însemna evadarea din acel mediu primejdios, posibilitatea de a se însuși un graiu curat românesc, a se cunoaște cele mai elegante costume românești, a învăța dela fiii acestei regiuni încântătoare calitățile lor, cumpătarea, spiritul întreprinzător și gospodăresc, a asculta frumoase cântece românești și în același timp a uza de posibilitățile culturale românești create prin instituțiile bisericești de aici. Pe de altă parte Românul din regiunile mai amenințate de maghiarizare, putea să constate aici cu satisfacție că Neamul său este capabil de o cultură superioară, atunci când trăiește în condiții prielnice.

Iată motivele pentru cari în timpul stăpânirii ungurești numeroase familii arădane, bănățene, sau din Nordul Ardealului își trimiteau fiii și fiicele la școlile din Sibiu. Iată motivele pentru cari cursul meu de astăzi îmi trezește sentimente și reflexiuni în afară de subiectul strict al conferinței mele, dar în legătură cu perioada de acum trei decenii și mai bine, când am fost adus de părinții mei, din regiunea natală copleșită de influența maghiară, cu scopul întreit de a fi scos de sub acea influență, de a respira aer mai românesc și de a învăța limba germană, pentru a putea lua contactul cu cultura germană. Ca unul care cred în rostul întâmplărilor, văd o ciudată logică a evenimentelor, vrute sau nevrute de mine, cari de atunci încoace au oblădui întreaga mea evoluțiune până astăzi. Văd o frapantă asemănare între Sibiu și între Heidelberg, unde trimis mai târziu de Fundația Rockefeller în vederea pregătirii mele științifice, — deși eu aș fi preferit un centru de studii mai occidental, pe cât posibil american, — mi s'au dat atâtea posibilități de muncă serioasă, mai bune decât aiurea. Și mă aplec și de astădată, cu resemnare, în fața sortii care mă readuce în acest Heidelberg al României, unde aș fi dorit să revin în împrejurări mai puțin triste. Dar nădăjduesc că întreținerea noastră în acest simpatic și liniștit oraș ne va fi și mie și Dv., iubiți studenți, tot atât de dragă și folositoare ca pe timpuri, când am petrecut aici ca elev de liceu și pe cât mi-a fost pe timpul studiilor mele din străinătate Heidelbergul german.

Ași dori în același timp să pot replăti, prin activitatea pe care o voi desfășura aici cu acest prilej, cel puțin în parte câștigul pe care-l datorez din trecut acestui oraș. Fără îndoială munca noastră aici va fi cu atât mai ușoară, cu cât sub raport puericultural Sibiul este cel mai bine echilibrat oraș, capitală de județ, din toate orașele României. Dar să recunoaștem că progresul interesează mai mult populația săsească de aici, decât pe cea românească. Printr'o clinică infantilă și un institut de puericultură pe cari cred că le vom putea pune în scurt timp în funcțiune, vom da popu-

lației românești din Ardealul de Sud acele două așezăminte, de ospitalizare și de asistență socială, cari nu pot fi contopite într'un singur așezământ și cari *n'ar trebui să lipsiască din nici un oraș românesc*. Prin aceste instituții vom crea cadrele de organizare curativă și preventivă a luptei contra morbidității și mortalității infantile în Ardeal.

Situația tragică în care am ajuns, ne îndeamnă ca cel puțin de acum înainte să evităm greșelile din ultimii 20 de ani. Trebuie să recunoaștem că deși Neamul nostru a căzut victima unui concurs de împrejurări extrem de nefericite, ele ar fi putut fi prevenite în mare parte, printr'o pregătire serioasă făcută din timp. De atâta vreme oamenii noștri cei mai de seamă, mai cinstiți și înțelepți au avertizat conducerea oficială de prăpastia în spre care ni se duce Neamul. Nu este locul să fac aici procesul răspunderilor politice. Dar este datoria mea să arăt și cu această ocazie, că *neglijarea păcătoasă a problemei copilului și familiei, a fost unul dintre indicatorii cei mai siguri ai sistemului păcătos în care ne sbăteam*. S'a dat de atâta vreme alarma asupra situației imposibile în care continua organizația noastră sanitară. Dar totul a fost în zadar: mortalitatea infantilă a rămas la nivelul ei foarte ridicat, fiindcă nu se făcea nimic serios pentru salvarea vieții copiilor noștri. În același timp natalitatea scădea în toată țara și în special în Banat și în Sudul Ardealului. Desechilibrul demografic, produs astfel într'un interval de timp foarte scurt, a luat aspecte unice în comparație cu întreaga lume civilizată. Nicăieri în lume nu se observă fenomenul constat la noi ca, atunci când natalitatea scade atât de vertiginos, mortalitatea infantilă să crească chiar, sau să rămână în tot cazul la un nivel foarte ridicat, necunoscut în țările cu natalitate scăzută. În acest fel, cele mai fâlnice regiuni ale noastre, din Ardeal și Banat, cu un rol deosebit politic în luptele noastre naționale din trecut și cele mai valoroase sub raport cultural, economic și ca patrimoniu etnic, au ajuns la un minus de excedent natural, sau sunt amenințate pentru viitorul cel mai apropiat de spectrul depopulării.

Medicina infantilă, curativă și preventivă, — pediatria și puericultura, — ne dă mijloacele cele mai sigure pentru curmarea acestui rău care ne amenință în modul cel mai serios viitorul nostru. Medicina infantilă a făcut progrese uimitoare în ultimele decenii. Inexistentă în trecut, sau la locul de „cenușotcă” al facultăților de medicină, ea este considerată astăzi pretutindeni ca disciplină clinică fundamentală, iar organizația sanitară a țărilor înaintate realizează în primul rând postulatele medicinei infantile preventive, ale puericulturii.

La noi începutul a fost, ca în atâtea alte domenii, foarte bun, caracteristic firei noastre entuziaste

și clar văzătoare, latine. Astfel noi am avut, la București, una din cele mai vechi catedre de pediatrie din întreaga lume, premergând în tot cazul cu decenii înființării clinice infantile dela facultatea de medicină ungurească din Cluj. Dar față de acest început atât de luminos, progresul ulterior a fost cât se poate de redus. Nici astăzi nu avem în niciuna din facultățile noastre o clinică infantilă corespunzător înzestrată, în comparație cu cerințele vremii și cu celelalte clinici. Pretutindeni clinicile infantile sunt la ultimul loc. În țările occidentale clinica de copii ocupă astăzi ca extensiune locul unei facultăți întregi de medicină dela noi, iar ca aranjament intern, de prevenire a infecțiilor, ea întrece astăzi serviciile chirurgicale cele mai exigente.

Dela preluarea catedrei de pediatrie și puericultură, cât și de altfel mult înainte de această dată, am căutat să fac toate eforturile pentru a se ridica, inclusiv cu modestele mele contribuțiuni, nivelul medicinei infantile și la noi la locul cuvenit, de unde să poată inspira și conduce, ca și în alte țări, opera de ocrotire a copilului. M'am adresat atât factorilor înalți corespunzători, cât și colaboratorilor mei de azi și de mâine, medicilor și studenților. Trebuie să mărturisesc și o spun fără șfială, că am întâmpinat dificultăți cu atât mai mari, cu cât factorii răspunzători ocupau o treaptă ierarhică mai înaltă. O știu din mărturisirile colegilor mei din străinătate, dintre cari unii ne-au dat autobiografii deosebit de instructive, că în trecut dificultățile erau aproape identice și în țările occidentale, cu singura deosebire că acolo izbânda a putut fi obținută mai repede. Dorința lor justă de a ridica medicina infantilă la rolul atât de util țării lor, a fost foarte puțin înțeleasă la început. Ca și la noi, asemenea sforțări idealiste erau bănuite de a fi de caracter egocentric, de ipertrofieri inutile. Este greu să convingi de utilitatea unei noi creații, cât de indicată, un mediu care și-a făcut educația într-o școală cu altă concepție și care n'a avut ocazia să se convingă de foloasele noilor instituții. Totuși eu cred că nici la noi nu va mai întârzia mult instaurarea concepției noi și a unei noi organizații sanitare. Ea va trebui să creeze numărul necesar de institute de ospitalizare și de ocrotire infantilă, centrale și periferice, la orașe și țară deopotrivă, asigurând în același timp posibilitatea de a se face pregătirea serioasă practică a personalului medical și de ocrotire, în medicina infantilă și în opera de ocrotire a copilului. În tot cazul trebuie să ne ferim de a mai crea noi instituții teoretice, fără atribuții paralele practice. Problema morbidității și mortalității infantile este suficient studiată la noi. Trebuie pășit acum la fapte, după atâta vorbă multă de până aci.

Mărturisesc că în activitatea mea de până aci și în dorința de a mă pregăti cât mai temeinic, am fost nevoit și eu să fac multă — multă teorie, operă poate

prea mult științifică, prea puțin practică. În lipsa unor instituții corespunzătoare de activare pe teren, am fost silit să fac pregătirea mea, a medicilor de azi și de mâine și a publicului mai mult prin instrucție teoretică, prin cărți de specialitate și lucrări de medicină științifică, până la posibilitatea unor realizări practice cari se fac atât de greu la noi. Am pus astfel la dispoziția medicilor și studenților cărți de pediatrie și puericultură, de ocrotire infantilă, de fiziologie, ocupându-se și de problemele copilului, o revistă de pediatrie, puericultură și nipiologie și am înființat și susținut împreună cu colaboratorii mei o societate de pediatrie, puericultură și nipiologie, — toate acestea cu intenția de a crea un curent, de a facilita instrucția teoretică, premergătoare celei practice și de a câștiga cât mai mulți colaboratori pentru o viitoare operă practică. Mulțumesc și cu această ocazie numeroșilor colaboratori medici și studenți, cari au răspuns la apelul meu și cari m'au rugat și indemnă chiar să scot cărți utile pentru ei, dându-mi oarecum impulsul pentru aceste creații și ajutându-mă inclusiv la suportarea cheltuielilor materiale, inerente unor asemenea lucrări și pentru cari nu se puteau găsi fondurile necesare. Le sunt cu atât mai mulțumitor, cu cât mărturisesc, fără acest concurs al lor ași fi șovăit să iau asupra mea riscurile și obligațiile unei asemenea munci. Mai știu cu această ocazie, ca și de alte dăți să pun la dispoziția studențimei sărace și merituoase un număr de 250 de exemplare de cărți didactice, reviste și broșuri, cu cari să fie premiați și ajutați în pregătirea lor cei cari își fac mai bine datoria.

Am accentuat dela început că medicina infantilă luptă pe două căi, *curativă* și *preventivă*, contra morbidității și mortalității infantile. Partea ei curativă este *pediatria* propriu zisă; partea ei preventivă este *puericultura*, igiena și ocrotirea copilului. Nicăieri în medicină nu există o legătură mai strânsă între ramura curativă și preventivă, ca în medicina copilului. Într'adevăr ele sunt nedespărțite și igiena copilului nu poate fi făcută decât de pediatri. Puericultura i s'a adăugat pediatriei, transformând caracterul medicinei infantile, mai mult ca la alte ramuri, în profilactic. Voiu da numai două exemple clasice, pentru a învedera caracterul preventiv al activității pediatrie propriu zise, în cele două domenii principale: bolile nutriției și bolile infecțioase. În domeniul bolilor nutriției, știm azi cu toții că cel mai bun tratament al turburărilor de nutriție ale copilului de sân se face prin laptele de mamă. Toate celelalte alimente terapeutice tind și reușesc să se apropie numai de compoziția laptelui de mamă și de efectele lui, fără a le echivala. Dar laptele de mamă este în același timp cel mai bun mijloc pre-

ventiv al turburărilor de nutriție, cari se combat mult mai cu succes pe cale profilactică. Capitolul cel mai însemnat din întreaga operă infantilă, prevenirea morbidității și a mortalității copilului de sân, se bazează pe principiul asigurării laptelui de mamă pentru copilul de prima vârstă și toate instituțiile de ocrotire a copilului de sân servesc eminamente acest scop. Un alt exemplu ne va lămurii strânsa legătură între curativ și preventiv în domeniul bolilor infecțioase. Tratatamentul specific al difteriei se face prin serul antidifteric. Dar cu cât acest ser este administrat mai de vreme, cu atât efectul lui vindecător este mai sigur. Deci chiar când îl întrebuițăm în scop terapeutic, curativ, trebuie să procedăm în mod preventiv și să-l administrăm adesea înainte de a fi diagnosticat precis boala. De altfel știm bine că serul antidifteric servește totodată pentru a preveni boala la cei în contact cu bolnavii de difterie.

Partea curativă a medicinei infantile, pediatria, se bazează mai mult ca orice ramură clinică pe fiziologie și patologie, cât și pe științele înrudite, biochimia și farmacodinamia. Cu deosebire vârsta copilului de sân, care dă cel mai mare număr de îmbolnăviri și decese, cere cele mai intime și temeinice cunoștințe de fiziologie alimentară. Importanța proceselor de nutriție în patologia infantilă explică până la un punct rolul deosebit al laboratorului în pediatrie, mărit și prin dificultatea de a recunoaște semnele clinice, adesea nesigure. Din motive în parte analoage și din cauza promptitudinii cu care reacționează copilul bolnav la tratament, semiologia și terapeutila infantilă au de asemenea o însemnătate mai mare în medicina copilului, ca la adult.

În ceea ce privește puericultura, ramura preventivă a medicinei infantile, merită să cultive vieța fragedă a copilului, ea este înrudită cu ocrotirea mamei și copilului, activitatea prin care se pun în practică postulatele puericulturii. Puericultura ca știință și ocrotirea (protecția) mamei și copilului ca activitate practică, tind să asigure integritatea fizică intelectuală și morală a mamei și copilului, să-i apere de relele ce-i amenință și să-i ajute, când suferă de vreo lipsă sub aceste raporturi. Făcând toate eforturile pentru eliminarea factorilor ereditari, cari slăbesc și alterează calitatea viitoarelor generații înainte de procreație, puericultura cu ocrotirea mamei și copilului caută în același timp să asigure condițiunile cele mai bune pentru prosperarea și perfecționarea rasei, confundându-se în această parte a ei, *preconcepțională*, cu *eugenia*.

Scopuri până la un punct asemănătoare au *puericultura prenatală* care se ocupă de copil (făt) în timpul vieții intrauterine, după concepție până la na-

ștere, cât și *puericultura intranatală*, care intervine în perioada nașterii.

Partea cea mai însemnată însă este *puericultura* propriu zisă, *postnatală*, care se ocupă de copil dela naștere până la 15 ani; ca limită superioară, chiar dincolo de vârsta de 15 ani, până la 18 ani (faza post-puberă).

Puericultura se întemeiază în primul rând pe pediatrie și igienă. În partea pediatrică ea se bazează pe fiziologia și patologia infantilă. Această legătură interesează de altfel și partea de igienă a puericulturii, cu deosebire partea de *igienă individuală* (igienă postnatală). În partea de igienă a puericulturii se mai distinge, în afară de igiena individuală și o *parte de igienă socială*, aceasta din urmă fiind aplicarea prescripțiilor de igienă individuală în colectivități și prin intermediul societății. Igiena socială a copiilor cuprinde măsurile, organizațiile și operele din domeniul dreptului, al politicii sociale și al asistenței publice și particulare cari privesc apărarea (profilaxia) intelectuală, fizică și morală a copiilor (*ocrotirea sau protecția* în înțeles mai limitat), cât și ajutorarea lor (*asistența infantilă* propriu zisă).

În partea sa socială puericultura se limitează cu *sociologia, educația, filantropia, legislația*.

Unii restrâng puericultura numai la copiii de sân, vârsta cea mai periclitată, unde trebuiesc depuse eforturi speciale. În tot cazul *puericultura primei copilării* constituie capitolul cel mai important. Ea se ocupă de problema natalității, cauzele morbidității și mortalității sub un an, igiena individuală, cât și măsurile de ordin social, operele și dispozițiile legislative, cari interesează această vârstă.

Pediatriei și puericulturii li se adaugă, mai nou, o a treia disciplină autonomă, *nipiologia*. Ea este știința integrală a copilului de sân, cuprinzând în primul loc nipioatria și nipioigiena, alături de alte științe anexe cari se ocupă de copilul de sân sub toate aspectele pe cari le prezintă.

* * *

O analiză a datelor de natalitate și de mortalitate infantilă, așa zisul *bilanț demografic*, va învedera mai bine adevăratele cauze cari pun azi problema medicinei infantile și a ocrotirii copilului în primul plan.

Ca *natalitate*, România veche ocupa un loc de frunte între diferitele țări, cifra de aprox. 40‰ (40 de nașteri la 1000 de locuitori) sau chiar mai ridicată, fiind întrecută numai de câteva țări europene (Rusia, Bulgaria, uneori Serbia). După unire însă, natalitatea a scăzut aproape de 30‰. Această reducere a natalității, un fenomen de altfel general pe care-l prezintă toate țările, la noi este mai accentuată în noile pro-

vincii, cu deosebire în Banat, Arad și Hunedoara, ajungând alocurea în ultimii ani aproape de 15⁰/₀₀ (jumătate din proporția de natalitate pe țara întreagă).

Această scădere uneori atât de dezastruoasă a natalității este cu atât mai îngrijorătoare, cu cât mortalitatea, inclusiv și în special mortalitatea infantilă, a rămas la același nivel foarte ridicat ca în trecut.

În genere nivelul mortalității românești, înainte de primul războiu mondial era întrecut numai de Rusia, uneori de Ungaria și Spania. După războiu, spre nefericire, am ajuns aproape totdeauna în locurile dintâi.

Față de cele aprox. 600.000 noi vieți câștigate anual prin natalitate, *se pierdeau în România, ¹⁾ după statisticele din ultimii ani, anual peste 380 mii de vieți, dintre cari peste jumătate (aprox. 195 mii) revin copilăriei (0—14 ani).* În cea mai mare parte (peste 110 mii) copiii decedați aparțin vârstei de 0—14 ani: peste 18⁰/₀ raportate la numărul de copii născuți vii, sau mult peste jumătate din totalul de copii decedați.

Nivelul mortalității infantile se menține aproape neschimbat, similar cu al vechiului Regat de acum 40 de ani, spre deosebire de popoarele mai înaintate, unde s'a redus în mod considerabil în ultimele decenii. În comparație cu scăderea natalității, ea s'a redus foarte puțin, cu deosebire la frontiera de Vest (Banat, Hunedoara, Crișana, Maramureș).

În țările apusene mortalitatea infantilă (între 0—1 an) s'a redus în general sub jumătatea celei de acum 30—40 ani, ajungând în unele state sub cifra de 5⁰/₀. Țări cari în trecut aveau o mortalitate mai ridicată ca România (așa unele state din Germania, până la aprox. 25⁰/₀), azi se prezintă cu situații incomparabil mai bune ca noi.

Cauzele mortalității infantile atât de ridicate la noi, sunt cu deosebire: *mortalitatea precoce* (în special prin *debilitatea congenitală*), *bolile infecțioase* (în special prin afecțiunile respiratorii) și *turburările digestive și de nutriție* (legate de alimentație), dând câte $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{2}$ pe grup din mortalitatea de sub 1 an.

Turburările de nutriție măresc indirect și mortalitatea prin boli infecțioase (afecțiuni respiratorii). Cauza cea mai însemnată a turburărilor de nutriție este reducerea sau oprirea completă a alimentării naturale, cu deosebire primejdioasă în timpul verii, cu ocazia *înțercării brusce* care se face la noi din cauza lucrului de câmp al mamei.

Există la noi deosebiri în mortalitatea infantilă pe naționalitate și regiune. În genere însă ele nu sunt datorite unei deosebiri de rasă, ci *factorilor culturali și economici*. Astfel se observă o creștere a mortalității infantile, cu deosebire a celei precoce (sub vârsta de

1 lună și mai cu seamă sub vârsta de 1 săptămână) în mediul rural, în special în regiunile sărace, inculte (regiuni muntoase, populația românească intenționat neglijată sau asuprită în trecut). Pe de altă parte scăderea natalității și mortalității infantile o vedem mai cu seamă în mediul urban și în genere în regiunile mai bogate și civilizate (inclusiv la minoritățile noastre cari se bucurau de un tratament preferențial, sub raport economic cultural și sanitar, inclusiv puericultural, cu repercusiuni bune până azi). Prin motive analoage se explică și deosebirile pe sezon: mortalitatea infantilă estivală (prin turburări digestive), mai ridicată în Ardeal și Bucovina și în general în mediul urban (prin frecvența mărită a alimentării artificiale în mediul cu nivel economic și cultural mai ridicat); mortalitatea iernală (prin afecțiuni respiratorii, boli infecțioase), relativ mărită în vechiul Regat și Basarabia și în genere în mediul rural (unde alimentarea naturală mai frecventă, previne turburările de nutriție).

În genere *beneficiile culturei și ale situației bune materiale* ale părinților, sunt deocamdată mult mai mici la noi decât relele pe cari le cauzează. Numai așa se explică dezastrul demografic de proporții fără precedent în lumea întreagă, observat la noi în regiunile cele mai avansate sub raport cultural și economic. Occidentalizarea bruscă a produs aci o întindere a alimentării artificiale, posibilități mărite de contact, deci o propagare a infecțiilor totale în colectivitățile realizate prin civilizație (față de viața patriarhală dintr-o societate primitivă, etc.), efecte cari măresc mortalitatea infantilă și cari trebuiau combătute din timp. Trebuiau în același timp luate măsuri pentru a se stăvili descreșterea înspăimântătoare a natalității din aceste regiuni.

Fără îndoială un rol însemnat trebuie să atribuim influenței culturale și exploatării streine din aceste ținuturi, unde capitalul a rămas aproape exclusiv în mâni neromânești, iar cultura pătrunde prin intermediu și cu ținte îndepărtate de interesele românești, fără a se lua mijloacele de apărare necesare față de relele cauzate sub raport demografic. Însuși procesul de denatalitate a pornit, se pare, dela elementele neromânești (coloniștii francezi, șvabi, sârbi, etc.) din Banat.

Dar răspunzătoare este în același timp de această situație, însăși organizația noastră sanitară care n'a știut să se sesizeze mai de vreme de acest dezastru și a neglijat tocmai acele regiuni, pe cari ar fi trebuit să le avem mai mult în grijă.

Se pare până la alte noi confirmări, că de dată recentă sesizarea dezastrului demografic și mijloacele instituite pentru combaterea lui, au produs și la noi un oarecare rezultat în provincia cea mai atinsă, Banatul.

Este de nădăjduit, ca acest început să dea roade din ce în ce mai bune în anii ce vor urma, ajungân-

¹⁾ În cele următoare voi da cifrele României Mari de ieri, care va fi (plus noile cuceriri de frați robiți) și cea de mâine.

du-se și la noi ca și în statele occidentale, la o stăvire a denatalității și la o scădere tot mai accentuată a mortalității infantile.

Că și la noi progresul economic-social și moral-spiritual pot da efecte mai fericite, inclusiv sub raport sanitar și de ocrotire, când acest progres se face în condiții mai echilibrate, mai treptat și mai normal, ne-o arată experiența făcută în plășile sanitare model, cât și în regiunile din Sud-Vestul Ardealului, inclusiv a Sibiului. În plășile sanitare model, înființate la noi în ultimul deceniu, mortalitatea infantilă a scăzut uneori în mod foarte accentuat. Pe de altă parte, — față de tabloul desolant pe care ni-l oferă Sud-Vestul Ardealului și Banatul (cu deosebire județul Caraș, cu natalitatea scăzută în 1937 la 18,7‰, în mediul rural, mortalitatea generală 21,5‰, mortalitatea infantilă 17,2‰, excedentul natural în mediul rural în 1937 — 2,8‰, în 1935 — 3,3‰), — echilibrul demografic în Sud-Estul Transilvaniei este mult mai favorabil (în jud. Brașov, în 1937, natalitatea 25,6‰, mortalitatea infantilă 10,9‰, excedentul natural 10,9‰; în jud. Târnava-Mare 25,5‰, 12,1‰, 9,5‰; în jud. Sibiu 27,1‰, 13,4‰, 9,5‰). Deci și la noi este posibil un progres în condiții analoage celor din occident. Trebuesc numai luate din timp măsuri preventive față de pericolul care amenință populația, în special familia, mama și copilul, atunci când trecerea se face prea brusc dela o viață mai patriarhală, la condițiile moderne de traiu.

Mijloacele de combatere ale desechilibrului demografic sunt preconizate înainte de toate de medicina infantilă. Desechilibrul între natalitatea scăzută și mortalitatea ridicată, se poate combate, ce-i drept, atât prin ridicarea natalității cât și prin scăderea mortalității. Germania național-socialistă a reușit să ridice din nou natalitatea poporului german, scăzută atât de mult în timpul din urmă. Inșiși Germanii din Ardeal, bântuiți în trecut de „Einkind- și Zweikindersystem”, azi se găsesc pe cale de redresare. Totuși ceea ce se poate obține mai ușor, este combaterea mortalității infantile. O bună organizație sanitară pe acest teren ne poate da rezultate palpabile în câțiva ani. Aplicarea mijloacelor de combatere a mortalității infantile, experimentate de alte țări și cari au dat și la noi rezultate acolo unde au fost încercate, trebuie generalizată și în țara noastră. Este o chestiune de prestigiu și totodată de interes vital pentru viitorul nostru.

Astăzi, când Conducătorul Statului a pus ocrotirea familiei, mamei și copilului în fruntea problemelor fundamentale de Stat și când ne găsim strâns legați politicește de țările cari au dat soluții atât de strălucite acestei probleme, — medicina infantilă, pediatria și puericultura românească, trebuie să-și țină de supremă datorie de a-și da tot concursul la realizarea soluțiilor cari i se cer. În special Clinica de me-

dicină infantilă și puericultura a universității Daciei superioare și Institutul de puericultura de curând înființat la Cluj, mutate la Sibiu, trebuie să facă toate eforturile pentru a se instala cu ajutorul forurilor superioare în drept cât mai curând și pentru a putea conduce și organiza cât mai bine lupta contra unuia din cele mai grozave flagele, ce ne bântue în Ardeal. Preconizăm de ani de zile această luptă, dar ne-au lipsit până aci mijloacele. Astăzi când ea este înscrisă oficial în programul țării, șansele de reușită sunt asigurate și rezultatele trebuie să se vadă cât mai curând. Cu o viitoare generație mai numeroasă, sănătoasă trupește și sufletește, nu numai că vom recâștiga tot ce am pierdut, dar vom ști să păstrăm pentru totdeauna ceea ce vom recâștiga.

Medicina infantilă românească consideră ca o sfântă obligație participarea la această luptă, contribuind la formarea noilor oameni necesari unei organizații mai desăvârșite de sănătate publică a Neamului românesc.

RESUME

Les buts de la pédiatrie et puériculture en Roumanie

Le problème de l'enfant et de la famille a été beaucoup négligé dans le passé en Roumanie. La médecine de l'enfance, curative et préventive, c. à d. la pédiatrie et la puériculture assure les moyens de lutte contre la mortalité infantile. Les deux disciplines occupent aujourd'hui partout un lieu d'honneur dans la médecine. Leurs idées sont en premier plan réalisées par l'organisation sanitaire des divers pays. La Roumanie a une des plus anciennes chaires de médecine infantile. Cette noble tradition impose une activité correspondante actuelle dans la protection de l'enfance. On doit créer le nombre nécessaire des institutions hospitalières et sociales pour l'enfance, y compris pour l'éducation pratique sérieuse du personnel dans la médecine et protection infantile. Les causes principales de la haute mortalité infantile roumaine, les périls congénital, alimentaire et infectieux, doivent être d'une manière égale combattus. La culture occidentale et le progrès économique ont pour le moment des effets plutôt mauvais sous rapport puériculturel. C'est surtout la région du Sud-Ouest du pays qui a beaucoup souffert sous ce rapport. Par contre, l'équilibre démographique de la Transylvanie du Sud-Est montre qu'on peut réaliser aussi en Roumanie un progrès dans des conditions analogues à celles des pays occidentaux, y compris sous rapport puériculturel. Le Conducateur de l'État considère dans son programme la protection de l'enfance comme problème fondamental de la Nation. La médecine infantile roumaine doit contribuer en premier lieu à la réalisation de ce programme.

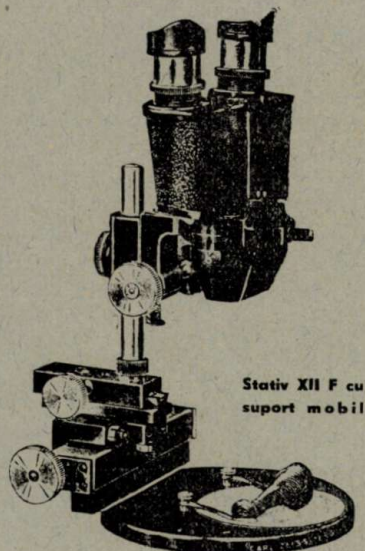
ZUSAMMENFASSUNG

Die Aufgaben der Pädiatrie und Puerikultur in Rumänien

Das Problem des Kindes und der Familie wurde in der Vergangenheit sehr vernachlässigt in Rumänien. Die

ZEISS

Lupe binoculare cu câmp vizual mare



Stativ XII F cu
suport mobil

dau imagini brilante și plastice. Chiar la lucrări îndelungate, ochii nu obolesc. Existența diferitelor stative speciale permite întrebuințarea universală a aparatului.

Puterea de mărire dela 4-43 x.

INFORMAȚIUNI ȘI CATALOAGE GRATUIT DELA

CARL ZEISS, JENA

sau dela reprezentanța generală pentru România
Societatea Anonimă de Agentură-Comision-Import fost Otto & Alfred Herzog.
BUCUREȘTI I., Bulevardul Carol I, Nr. 48



Scillozal

Glicosidul cardiac
maniabil cu mari posibilități de dozare.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT · CHEM. FABRIK · BRACKWEDE



Literatură și eșantioane vă
stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, București



OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

INLOCUEȘTE CARNEA CRUDA ȘI FIERUL

ADMIS IN TOATE SPITALELE DIN PARIS

DOZA : 1 lingură de supă înainte de fiecare mese

Depozit permanent : Drogueria Standard, Str. St. Ionică 8, București

CHLORO - CALCION

Laboratoires MICHELS — 4^{bis}, rue du Colonel Moll, PARIS.

O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ
80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIȚĂ DE CAFEĂ = 1GR. $CaCl^2$

Hemostatic

Recalcifiant

DIRECT



Dechlorurant

ASSIMILABIL

LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS

STR. PRECUPETŢII - VECHI NR. 1, BUCUREȘTI 3.

Medizin des Kindes, in ihrem kurativen und präventiven Teil, d. h. die Pädiatrie und Puerikultur, sichert die Mittel für die Bekämpfung der Kindersterblichkeit. Die zwei Wissenschaften stehen heute überall an der ersten Stelle in der Medizin. Ihre Vorschriften gehören heute zu den wichtigsten Fragen, die von den sanitären Organisationen der verschiedenen Länder verwirklicht werden müssen. Rumänien hat einen der ältesten Lehrstühle für Kinderheilkunde. Dieser noblen Tradition müsste eine gegenwärtige rege Tätigkeit in der Kinderfürsorge entsprechen. Es muss eine entsprechende Zahl der für die Hospitalisierung und soziale Fürsorge der Kinder, einschliesslich der für die Erziehung des Fachpersonals notwendigen Anstalten geschaffen werden. Die wichtigsten Ursachen der hohen Säuglings-

sterblichkeit, die kongenitale, alimentäre und infektiöse Gefahren müssen im gleichen Masse bekämpft werden. Die westliche Zivilisation und der wirtschaftliche Fortschritt hat augenblicklich eher schlechte Erfolge im Gebiet der Kinderfürsorge. Hauptsächlich hat das süd-westliche Gebiet des Landes in dieser Hinsicht viel gelitten. Dagegen zeigt der süd-östliche Teil Siebenbürgens mit seinem besseren demographischen Gleichgewicht, dass auch in Rumänien ein Fortschritt in den der westlichen Länder ähnlichen Bedingungen, einschliesslich der Kinderfürsorge möglich ist. Der Staatsführer betrachtet die Kinderfürsorge in seinem Programm als grundsätzliches Staatsproblem. Die Kinderheilkunde muss ihr bestes für die Verwirklichung dieses Programmes tun.

Societăți medicale

SOCIETATEA ȘTIINTELOR MEDICALE DIN CLUJ - SIBIU

Ședința din 31 Octombrie 1941.

Prezidează: Prof. Dr. I. HAȚIEGANU, vice-președinte.

D-l Rector Prof. Dr. I. Hațieganu, deschizând ședința arată importanța medicului în timpul campaniilor de război și demonstrează necesitatea stringentă ca medicii să fie cât se poate de bine informați asupra chestiunilor de medicină de război, atunci când se începe o campanie. De aceea ședințele Societăților Științifice Medicale având subiecte de medicină de război sunt cât se poate de bine venite. Iar pentru punerea la punct a unor probleme mari de acest gen este necesar să se organizeze și alte ședințe, la care să-și spună cuvântul autorizat reprezentanții tuturor disciplinelor care se preocupă de acele probleme.

Prof. Dr. Al. Pop: Tratamentul fracturilor deschise de război ale membrului inferior în spitalele de zonă interioară. (Comunicarea a apărut în formă de articol original în Ardealul Medical Nr. 12/1941).

Dr. A. Nana: Transfuziile sanghine în război. (Comunicarea a apărut în formă de articol original în Ardealul Medical Nr. 12/1941).

Prof. Dr. Gh. Buzoianu subliniază importanța transfuziei sanghine în timp de război, necesitatea înființării de centre pentru determinarea grupei sanghine și recoltarea de sânge pentru transfuzii de sânge conservat și mai amintește că unul din cele mai bune și simple aparate de transfuzie este acela al lui M. Popescu.

Prof. Dr. G. Buzoianu și Dr. Ion Ambruș: Observațiuni clinice oto-rino-laringologice de război. (Comunicarea a apărut în formă de articol original în Ardealul Medical Nr. 12/1941).

Ședința din 7 Noiembrie 1941.

Prezidează: Prof. Dr. GRIGORIU CRISTEA, președinte.

Dr. Radian Nițescu și Dr. Crișan Mircioiu: Câteva considerațiuni asupra chirurgiei de război din campania actuală.

În lipsa comunicatorilor, care ambii mai erau încă pe front, comunicarea este citită de d-l Dr. Ciplea.

(Comunicarea a apărut în formă de articol, în extenso, în Ardealul Medical Nr. 11/1941).

D-l Prof. Dr. Cr. Grigoriu, felicită pe autorii acestei interesante comunicări pentru spiritul de observație de care au dat

dovadă, pentru felul deosebit de clar în care au înfățișat activitatea serviciului medical al unei ambulanțe divizionare și pentru utilitatea netăgăduită a acestor date pentru organizarea campaniei viitoare.

Lt.-Col. Dr. Ursu, Maior Dr. Mihail și Dr. N. Bumbăcescu: Problema tuberculozei pulmonare în război. (Comunicarea a apărut în formă de articol original în Ardealul Medical Nr. 12/1941).

D-l Conf. Dr. L. Daniello, felicită pe comunicatori pentru munca depusă în vederea amenajării unei secții de tuberculoză la Spitalul C 7 A., secție cu un aspect cu adevărat sanatorial și pentru frumoasele rezultate terapeutice și de ordin educativ și social ce le-au obținut în scurtul răstimp de când funcționează această secție. Arată apoi cât de favorizată este instituția militară ca posibilități pentru sistematizarea luptei antituberculoase, dar observă că este absolut necesară schimbarea regulamentelor anacronice de care se servește încă Serviciul Sanitar al Armatei, regulamente care nu țin seama de achizițiile științei și datorită cărora nu se poate întreprinde o acțiune militară sanitară cu sorți de izbândă, fiind pe de altă parte cauza cea mai de seamă a interpretării atât de diferite dela o comisie la alta.

D-l Prof. Dr. Gh. Popoviciu, relevă importanța comunicării, arătând că problema tuberculozei este deosebit de gravă la noi în legătură cu războiul, amintind slaba rezistență a țaranului nostru față de infecția tuberculoasă, fapt care a constituit una din cele mai tragice constatări la sfârșitul războiului trecut.

D-l Prof. Cr. Grigoriu, felicită pe comunicatori de a fi adus în discuția Societății noastre o problemă de un interes așa de mare, mulțumește celor ce au luat parte la discuție pentru datele cu care au lărgit cadrul problemei și propune ca ea să fie adusă la cunoștința forurilor conducătoare ale sănătății publice și ale Serviciului Sanitar al Armatei, pentru a se putea lua din timp măsurile de rigoare și pentru a se remedia astfel răul.

Dr. I. Prăgoiu: Patologia corpilor streini de război. (Comunicarea a apărut în original în Ardealul Medical Nr. 12/1941).

Conf. Dr. I. Gavrilă: Chimioterapia în infecțiile de război. (Comunicarea a apărut în original în Ardealul Medical Nr. 12/1941).

Ședința din 21 Noiembrie 1941.

Prezidează: Prof. Dr. Gh. POPOVICIU, vice-președinte.

Lt.-Col. Dr. Ursu, Maior Dr. Mihail și Dr. N. Bumbăcescu: Necesitatea funcționării secțiilor de tuberculoză la Spitalele

Corpurilor de Armată. (Comunicarea a apărut în articol în numărul 12/1941 al Ardealului Medical).

Prof. Dr. Gh. Buzoianu: Elogiul Doctorului Corcan. (Publicat și în Ardealul Medical, Nr. 11/1941)

Dr. Moga: Considerațiuni clinice asupra unei intoxicații în masă cu plumb în mediul rural. (Comunicarea apare în articol în Ardealul Medical, Nr. 2/1942).

Agregat Dr. Zolog, Dr. O. Oprean și Dr. V. Galea: Originea intoxicației cu plumb din comuna Veștem. (Va apare în articol în extenso).

Prof. Dr. I. Goia, la cuvântul la comunicarea d-lui Dr. Moga, insistând asupra varietății tablourilor clinice la acești intoxicați cu plumb și accentuând asupra greutății acestui diagnostic la cazurile provenite din mediul rural, în contrast cu facilitatea sa relativă la cazurile provenite din mediul industrial.

D-l vice-președinte, **Prof. Dr. Gh. Popoviciu,** mulțumește comunicatorilor și d-lui prof. Goia, pentru valoroasa contribuție la studiul acestei probleme de interes social și își exprimă convingerea că, seizați de această descoperire, conducătorii Ministerului Sănătății vor lua măsurile de rigoare pentru un control mai intens al felului de fabricare al articolelor alimentare.

Prof. Dr. Gh. Popoviciu: Ocrotirea copilului în războiu. (Conferința a apărut în articol în Nr. 12/1941 al Ardealului Medical).

Ședința din 5 Decembrie 1941.

Prezidează: Prof. Dr. Cr. GRIGORIU, președinte.

Dr. Petre Țârlea: Dermatoze familiare și ereditare.

Autorul, după ce relevă importanța dermatologiei în studiul eredității în general, fiind știința ce are ca obiectiv învelișul cutanat, la nivelul căruia se exteriorizează majoritatea anomaliilor produse printr-o ereditate patologică, dă câteva noțiuni importante din legile eredității, insistând asupra caracterelor transmise „dominant” și „recesiv”. Azi noțiunea de dermatoze familiare și ereditare se suprapun, deoarece caracterul familial al dermatozelor implică și frecvența familială. Urmează apoi înșirarea în ordinea frecvenței, a diferitelor dermatoze cu caracter eredo-familiar, pe grupe dermatologice. Astfel: transmiterea pigmentului cutanat, irian și pilos, albinismul efelidele, vitiligo; apoi organele anexe ale pielii: sistemul pilos, reprezentat prin alopecie și canția prematură, pipotrichoza; glandele sebacee prin terenul seboreic, acnee juvenilă; glandelor sudoripare, prin hiperhidroză palmo-plantară, anidroză; unghiile prin hipo-sau anichie. Predispoziție moștenită pentru turburări circulatorii: complex varicos, hemoroizi, acrocianoză, eriteme pernio, angiomatoză hemoragică multiplă Osler, urticarie, edemul Quincke. Keratozele foliculare și difuze, prin toate formele de ichtioză; regionale sub formă de keratodermie palmoplantară; diskertoza Darier. Distrofiile cutanate: Xeroderma pigmentară, epidermoliza buloasă forma simplă dominantă și distrofică recesivă Psoriaza și pemfigusurile au caractere ereditare inconstante. Problema nevilor, a căror natură ereditară din lipsă de altă etiologie posibilă a fost unanim admisă, în ultimul timp, prin cercetările pe gemeni monovitelini ale lui Siemens, a fost complet revoluționată, negăsându-se concordanța la gemeni în privința numărului, repartizării și formei clinice a nevilor. Concluzie, că nevii și maladiile nevice (neurofibromatoza Recklinghausen și adenomele sebacee simetrice) nu sunt germinale.

Ca încheiere. Se prezintă 3 observații personale, de dermatoze ereditare: 2 frați evrei cu părinți consangvini, prezentând xero-derma pigmentară; o mamă și 2 copii cu vitiligo întins și 1 băiat cu ichtioză nitidă, al cărui tată și bunică din ramura paternă au suferit de asemenea de ichtioasă.

Prof. Dr. Gh. Popoviciu: Considerațiuni la studiul reacțiilor de tuberculină. (Comunicarea va apare în articol în Ardealul Medical).

Dr. Aurel Nana: Plăgă prin schijă de obuz a coloanei cervicale cu ruptura arterei vertebrale; compresione medulară (hemiplegie).

Plăgile prin armă de foc ale coloanei vertebrale cu interesarea directă sau indirectă a măduvei spinale sunt considerate și azi din cauza mortalității ridicate și a sechelelor tardive drept unul din capitolele cele mai triste ale chirurgiei de războiu.

Lucrările remarcabile de după războiul mondial a lui Claude, Gosset, Marburg și Ranzi, Schmieden, Guilan și Roussy, Lhermitte, Head și alții au contribuit în mare măsură atât la diagnosticul existenței unei eventuale leziuni medulare, a sediului acesteia, cât și a prognosticului și conduitei terapeutice de urmat.

Prognosticul acestor plăgi în marea majoritate a cazurilor prezintă o gravitate excepțională, fie din cauza leziunilor medulare, fie a unei meningite secundare septice sau a unor complicațiuni datorite unor schije ascunse în canalul medular.

Operând recent un rănit pentru o hemiplegie, datorită unei schije de obuz inclavată în canalul rachidian, am crezut interesantă comunicarea cazului, atât pentru particularitățile pe care le-a prezentat în cursul intervenției, cât și pentru rezultatul obținut.

Este vorba de soldatul I. Gh., în etate de 21 ani, care în ziua de 23 August a. c., a fost rănit de o schijă de abuz în regiunea latero-cervicală dreaptă. După rănire bolnavul și-a pierdut cunoștința pentru un timp oarecare, iar când și-a revenit a observat, că atât mâna dreaptă cât și piciorul drept sunt insensibile și paralizate neputându-se folosi de ele. A fost pansat pe loc, iar după 3 ore i-se reînnoiește pansamentul la postul de prim ajutor, făcându-se și un ser antitetanic. Trecând prin Serviciul Ambulanței Divizionare și a Spitalului de Campanie, a fost evacuat în zona interioară, iar după o săptămână dela rănire a fost internat în Serviciul Spitalului Militar al C. 7 A. Sibiu.

La examenul local se observa o plăgă unipolară a regiunii latero cervicale drepte din care se scurgea un lichid sero-sanghinolent. Tesuturile din jurul plăgii au fost tumefiate, tegumentele având o colorație galbenă cu plăci violacee datorite sufuziunilor sanghine, fără a prezenta caracterele unei inflamațiuni. Mișcările de flexiune dar mai ales cele de lateralitate ale coloanei cervicale au fost foarte limitate din cauza durerilor. Semnul lui Kernig negativ.

La examenul neurologic (Dr. Dragomir) se constată o hemiplegie dreaptă cu exagerarea reflexelor osteo-tendinoase. Semnul lui Babinski, Mendel-Bechterev, Oppenheim exagerate. La fel reflexul patelar drept, stilo-radial și cubito-pronator drept. Din când în când piciorul drept prezintă mișcări tonico-clonice. Toate denotând o iritație sau leziune piramidală.

Examenul radiologic ne arată un corp strein, o schijă de obuz de mărimea unui bob de linte inclavat între a 5-a și a 6-a vertebră cervicală, interesând în parte canalul rachidian. Apofiza transversă a vertebrei a 6-a în partea dreaptă prezenta o fractură cominutivă.

În fața acestui tablou se decide pentru intervenție.

Operația se execută sub anestezie locală. Se face o incizie curbă de aproximativ 12 cm., care interesează regiunea apofizelor spinoase între vertebrele 3 cervicală și 1-a dorsală. După mobilizarea tegumentelor la o distanță de aproximativ 1 cm, de marginile plăgii se decolează musculatura paravertebrală în partea dreaptă de pe apofizele spinoase a vertebrelor cervicale 3-4-5-6-7, eliberând și arcul posterior al apofizelor transverse corespunzătoare. În cursul acestei manopere se evacuează dintr'un hematoma aproximativ 100—150 cc., de sânge în parte coagulat. După toaleta regiunii se observă mai multe eschile libere din apofiza

transversă a celei de a 6-a vertebră cervicală, care se îndepărtează. Îndepărtând aceste eschile se observă ruptura arterei vertebrale drepte care începe din nou să sângereze. Ligatura între apofizele transverse a vertebrelor 5-a și a 6-a cervicală fiind imposibilă descoperim artera sub apofiza transversă a celei de a 6-a vertebră cervicală, și o legăm. După stăpânirea hemoragiei în fundul plăgii se observă un mic colț din schijă care este puternic inclavat în arcul posterior a vertebrei a 5-a cervicală. După extracția schije observăm că aceasta interesa și dura mater dat fiindcă din patul schije se scurge lichid cefalo-rachidian. Pentru o lumină mai bună facem o laminectomie, descoperind larg regiunea interesată a durei mater. Examinând mai deaproape dura mater observăm că segmentul cuprins între 4-6-a vertebră cervicală are o culoare violacee, iar mijlocul acestei zone prezintă un mic orificiu cu margini neregulate și negricioase, produsă de schijă și de unde se scurgea lichidul cefalo-rachidian. Deschidem dura și observăm sub acest înveliș prezența unui hematom. După evacuarea hematomului excizăm marginile plăgii dura-merene și apoi o suturăm, închizând complet spațiul subdural pentru a evita scurgerea lichidului cefalo-rachidian. După toaleta regiunii închidem complet plaga operatorie.

Rezultatul intervenției noastre se evidențiază deja după 48 ore după operație, când bolnavul începe să simtă furnicături și o senzație dureroasă dealungul coapsei și gambei stângi.

După câteva zile începe să apară și mișcările active la început la degetele piciorului, iar mai târziu interesând genunchiul, articulația coxofemurală apoi articulațiile membrului superior. Aceste mișcări câștigau în amplitudinea lor din zi în zi.

După 10 zile bolnavul începe să meargă la început cu baston, mai târziu liber.

Pentru completarea tratamentului a fost transpus la Clinica Balneologică, unde în urma băilor electrice și faradizărilor, mișcările devin din ce în ce mai libere. Astfel după 1 lună de tratament semnele piramidale au dispărut complet și bolnavul afară de o ușoară pareză a membrului superior drept și o reducere a forței dinamice nu mai prezintă alte inconveniente, semne care sunt pe cale să dispară cu desăvârșire.

Leziunile traumatice ale măduvei spinării din fericire, după cum au arătat statisticele războiului trecut, survin foarte rar, formând numai un procent de 1‰ din totalul plăgilor de războiu.

Tabloul clinic a leziunilor traumatice ale măduvei este foarte variabil după locul și importanța leziunii.

În cazul nostru am eliminat dela început pe baza simptomatologiei posibilitatea unei secțiuni complete sau incomplete ale măduvei spinării dat fiindcă fenomenele au pledat mai mult pentru o compresiune, iar semnele piramidale am căutat să le explicăm printr-o leziune sau iritație produsă prin o comoție fie directă fie indirectă a măduvei. Astfel de leziuni istologice ale substanței cenușii din coarnele anterioare în urma comoțiilor medulare au fost semnalate de *Claude, Lhermitte, Cornil* și alții.

Complicația cea mai temută în toate cazurile de șoc direct asupra măduvei prin proiectile de războiu este meningita septică. Ea este mai rară când leziunea medulară este produsă de un fragment osos sau când dura n'a fost lezată.

Hematoamele subdurale pot produce compresiuni serioase, care dacă nu se intervine, prin organizarea lor pot da naștere unor cicatrice inelare cu tabloul clinic a unei arachnoidite adese.

În cazuri de compresiuni medulare datorite proiectilelor se impune totdeauna intervenția chirurgicală cât mai precoce.

D-l Prof. Dr. M. Sturza, felicită pe d-l Dr. Nana, pentru bunul rezultat operator și dă indicații despre felul în care i s'a completat tratamentul operator prin galvanoterapie, băi calde, mișcări pasive sub apă, masaj și băi ascendente.

D-l președinte prof. Dr. Cr. Grigoriu, felicită pe d-l Dr. Nana și pe Dr. Prof. Sturza, pentru rezultatul operator și fizioterapic și mai întreabă dacă i se va recunoaște și acorda rănitului vre-un procent de invaliditate.

D-l prof. Sturza, crede că i se va da 20%, urmând ca după un timp să fie revizuit, întru cât sunt speranțe să se vindece complet.

D-l președinte Prof. Grigoriu, constatând că aceasta este ultima ședință înainte de sărbătorile Crăciunului, anunță ședința viitoare pe după sărbători și urează onoratei societăți sărbători fericite, în pace și liniște.

Revista cărților

Inspecția, palpația, percuția și ascultația. (Der Perkussionskurs, ein Grundriss der klinischen Anwendung von Inspektion, Palpation, Perkussion und Auskultation) de Prof. Dr. Werner W. Siebert. Editura George Thieme, Leipzig, 1941. Se găsește la librăria H. Welther, Sibiu, str. Regina Maria 28. Prețul Rm. 585 cartonată, 1 volum de 196 pagini.

Autorul în această carte ne prezintă aplicările fundamentale în clinică a metodelor de examinare: inspecția, palpația, percuția și ascultația. Scopul acestei cărți este de a face cunoscut tânărului student diferitele simptome clinice ce se pot pune în evidență prin inspecție, palpăre, percuție și ascultație, sub forma de sindrome clinice. Se aplică în același timp toate aceste patru metode la examinarea toracelui și a abdomenului.

La începutul cărții se dau câteva date generale asupra acestor metode de examinare din punct de vedere istoric și asupra modului lor de executare.

După aceea se tratează pe larg întâi examinarea organelor din cavitatea toracică. Sunt prezentate toate datele clinice ce le obținem la inspecția, palpația, percuția și ascultația toracelui. În

acest capitol întâi se studiază examinarea inimii normale. Sunt prezentate aici toate datele obținute la inspecția, palpația, percuția și ascultația acestui organ. În același timp se prezintă și datele obținute la examenul sistemului circulator periferic, cu ajutorul acestor metode fizice: Examenul pulsului, inspecția arterelor, a venelor, examenul presiunii arteriale.

Se trece apoi la prezentarea datelor ce le obținem prin inspecție, palpăre, percuție și ascultație în diferitele afecțiuni ale inimii și în general ale sistemului cardio-vascular. Se prezintă pe rând simptomele fizice din insuficiență mitrală, stenoza mitrală, insuficiență aortică, stenoza aortică, insuficiență tricuspidală, stenoza tricuspidală, insuficiență pulmonară, stenoza pulmonară, anomaliile congenitale ale inimii, endocarditele, miocarditele acute și cronice. Fiecare din aceste afecțiuni este studiată în mod detaliat și precis, în ce privește aplicarea acestor metode fizice de examinare. La sfârșitul fiecărei afecțiuni se dă un tablou rezumativ al rezultatelor, ce se obțin prin aceste patru metode în afecțiunea respectivă.

Se discută apoi rezultatele ce se obțin în modificările activității cardiace în cazuri de stări anemice, în stări febrile, în

turburări nervoase cardiace, în colaps, apoi modificările ce survin din partea aparatului cardio-vascular în hipertensiunea progresivă. Se mai studiază apoi datele obținute în cazuri de boli ale pericardului, ale aortei toracice, apoi modificările cardiace în bolile pulmonare și pleurale.

Urmează apoi prezentarea datelor ce se obțin prin aceste patru metode la examinarea pulmonilor, întâi în stare normală, apoi în stare patologică. În capitolul care se ocupă cu examinarea în stare normală a pulmonului sunt prezentate toate datele ce le putem obține prin inspecția, palpația, percuția și ascultația plămânului normal. După aceea se dau datele ce se obțin în diferitele boli pulmonare: în stări catarale ale plămânului fără fenomene de condensare din partea țesutului pulmonar, în stări de condensare ale țesutului pulmonar, în procese distructive ale pulmonului, în caz de emfizem, în cazuri de pleurezii uscate și pleurezii exudative, în cazuri de cifoscolioze.

Urmează apoi prezentarea datelor obținute prin inspecție, palpație percuție și ascultație asupra abdomenului în stare normală și în stare patologică. Se discută aici din acest punct de vedere modul de prezentare în stare normală a ficatului, a splinei, a stomacului, a intestinului, a pancreasului, a aortei abdominale, a rinichilor, a vezicii urinare, a peritoneului. În același timp se prezintă comportarea acestor organe în diferitele stări patologice.

La sfârșitul fiecărui capitol mare (cardio-vascular, pulmonar, abdominal) se dă un tablou rezumativ al tuturor datelor obținute în stare normală și patologică asupra acestor sisteme principale de organe.

Această carte este o lucrare didactică de un real folos în primul rând pentru studenții în medicină, care se inițiază în aceste metode fizice de examinare, dar ea poate fi de folos și medicilor, care cu foarte mare ușurință își pot reimprospăta cunoștințele câștigate în această privință în timpul anilor de studii în Facultate.

Lecitina. (Lecithin) de *Dr. R. Kunze și Dr. H. C. Buer.* Editura Rosenmeier u. Dr. Saenger K. G. Berlin NW 40, 1941. Un volum de 166 pagini. Prețul Rm 6.40 cartonat.

Această lucrare se ocupă cu problema lecitinei. Într-adevăr comunicările și lucrările asupra acestui subiect sunt tot mai numeroase, astfel că o adunare a tuturor acestora este de o mare utilitate.

Cartea cuprinde următoarele capitole:

În primul capitol se prezintă datele asupra chimiei lecitinei: descoperirea lecitinei, constituția ei chimică, proprietăți generale chimice, prepararea, punerea în evidență calitativă, determinarea cantitativă, sinteza lecitinei, etc.

Următorul capitol se ocupă cu proprietățile fizico-chimice ale substanței: structura protoplasmei, antagonismul între lecitină și colesterină, etc.

Apoi urmează capitolul, care tratează despre organele și plantele în care se găsește lecitina: generalități asupra conținutului de lecitină a celulelor și organelor, distribuția ei în celule, conținutul în lecitină a organelor: sistemul nervos, măduva oaselor, ficat, rinichi, plămâni, inimă, mușchi, organe glandulare, sânge, conținutul de lecitină în alimentația animală, în diferitele plante.

Urmează apoi capitolul care tratează despre fiziologia și aplicările terapeutice ale lecitinei: considerațiuni generale asupra fiziologiei lecitinei, metabolismul lecitinei, comportarea lecitinei în stările de post absolut, influența lecitinei asupra metabolismului hidraților de carbon, grăsimilor, albuminilor, a substanțelor minerale, corelația între lecitină și vitamine, influența lecitinei asupra creșterii și dezvoltării organismului, rolul lecitinei în puterea de rezistență a organismului contra diferitelor boli (tuberculoză, lues),

rolul lecitinei în coagularea sângelui, în viteza de sedimentare a globulelor roșii, în hemoliză, etc. Se tratează apoi despre corelația lecitinei cu sistemul cardio-vascular, cu sistemul nervos, cu sistemul gastro-intestinal și cu celelalte organe: rinichi, ficat, splină, pancreas, oase, mușchi, piele, etc. În același timp se discută raporturile între lecitină și bolile sau afecțiunile tuturor acestor organe.

Se tratează despre influența lecitinei asupra acțiunii toxinelor, despre importanța lecitinei pentru alimentație, despre forma sub care poate fi dată organismului lecitina necesară, despre necesitatea zilnică în lecitină a organismului. Urmează apoi discuția preparatelor de lecitină pentru administrare sub formă de injecțiuni și pentru administrare pe cale bucală.

Fiecare capitol separat este urmat de o expunere completă a literaturii asupra subiectului respectiv.

Având în vedere importanța tot mai mare a lecitinei în metabolismul normal și patologic, precum și rolul ei terapeutic în diferite stări morbide, această carte poate fi de un real folos pentru orice medic, după cum și specialistul și cercetătorul de laborator vor găsi în ea toate datele științifice interesând această problemă.

I. Gavrila

Debutul tuberculozei pulmonare la adult. (Der Beginn der Lungentuberkulose beim Erwachsenen) de *Prof. Dr. H. Braeuning.* Ed. Thieme Leipzig, 1941. Se găsește de vânzare la librăria H. Welther, Sibiu.

Este vorba de a doua ediție, revăzută și amplificată, a cărții cunoscutului fiziolog german. În ea sunt redată și comentate 100 de observații clinice foarte detaliate de tuberculoze incipiente, din care apoi se trag concluzii asupra diferitelor modalități ale debutului ftiziei. În ce privește localizarea inițială a leziunilor, B. găsește că 20% din ele sunt situate numai supraclavicular, 52% numai infraclavicular, iar restul interesează simultan ambele regiuni. În privința patogeniei B. găsește că în 6% a cazurilor ftizia s'a dezvoltat din leziuni mai vechi, devenite inactive și datorite fie unei primoinfecțiuni, fie unei diseminări discrete plectate dela aceasta. Pentru restul cazurilor se presupune re- sau supraînfecțiuni exogene, fără să se poată însă face dovada sigură a rolului lor ftizeogenetic. Primoinfecțiunea conferă pe de altă parte, cu siguranță, o anumită imunitate față de reinfecțiuni. În fluința factorilor adjuvanți: răceală, gripă, bronșită, pubertate, sezon (toamna, iarna, primăvara) este dubioasă dar nu poate fi totdeauna eliminată. Simptomatologia subiectivă a ftiziei incipiente este foarte variabilă. În multe cazuri latența este completă deși există leziuni radiologice importante, în altele simptomele sunt discrete și necaracteristice, dar există și cazuri unde bolnavul semnalează simptome subiective persistente, înainte de apariția leziunilor radiologice. Evoluția leziunilor este, în majoritatea cazurilor, lentă extensiunea lor în primul an nu depășește un teritoriu mai mare de 3 cm. patrați, cazurile care au dela început o extensiune mai mare sunt mai maligne. Aproape în toate cazurile leziunile sunt la început închise, în 19% din ele bacilii apar în spută în cursul primului an. Prognosticul este în aproximativ 30% a cazurilor foarte bun (vindecări spontane fără îmbolnăvire în sens clinic și chiar fără tratament, în apr. 10% infaust chiar dacă s'a instituit un tratament la timp, iar în 60% el pare a depinde în mare măsură de tratament și conduita bolnavului, probabil și de teren.

Aspectele tipice ale ftiziei incipiente sunt după B.:

a) Leziuni infiltrative tipice; b) Conglomerate de leziuni nodulare confluențe; c) Leziuni micronodulare (militare); d) forme mixte (în 5% a cazurilor) aspecte tipice de pleurezie exudativă fără leziuni pulmonare decelabile.

Dr. L. Daniello

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:
în camere pt. două persoane dela RM 9
în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Backmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmeler**
Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnhof Seebrugg (Deutschland)

LA GRIPĂ ȘI
TOATE CELELALTE
MALADII FEBRILE
DIN CAUZA RĂCELII

QUADRONAL

ANALGEZIC
ȘI
ANTIPIRETIC
verificat

★

TUB ă 10 TABLETE
TUB ă 20 TABLETE
ETUIS ă 6 TABLETE



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

Pervitin

1 phenil - 2 methyl - amino propan

Hypotonie și Collaps circulator

după operații și boli infecțioase

Stimulent psihic

în depresiuni, psihoze și narkolepsie

Analeptic puternic

pentru deșteptarea din narcoze și intoxicații grave

Temmler Werke, Berlin

Brosedan

Sedativ, lichid cu brom și drojdie de bere

Terapia bromică fără efecte secundare!

Brosedan ușor de amestecat în alimente,
ușurează administrarea dietei achlorurate

Brosedan e inofensiv, ușor de administrat și
cu acțiune durabilă

Indicații: stări de iritabilitate, tireotoxicoze, turburări climacterice, hipertonié,
maladia razelor.

Temmler Werke, Berlin

Pentru România: Dr. Alexandru Radu, Buceurești 3, Str. Sofia 30

Note și informațiuni

Decrete și Decizii Ministeriale

Prin Decretul Nr. 3630, publicat în Monitorul Oficial, Nr. 10 din 13 Ianuarie 1942.

D-l Dr. Lambru Alexandru, dir. al Stațiunii „Băi Ocna Sibiului”, se confirmă în acest post cu salariul prevăzut în bugetul exercițiului în curs al Casei Sănătății.

Prin Decizia Nr. 314.995, din 20 Dec. 1941, publicată în Monitorul Oficial Nr. 11 din 14 Ian. 1942, de Clinică neurologică și endocrinologică dela Facultatea de Medicină din Sibiu, se transformă în conferință de fiziologie, în conformitate cu dispozițiile Decret-Lege Nr. 2880, publicată în Monitorul Oficial Nr. 247 din 17 Octomvrie 1941.

Prin Decretul Nr. 179, din 20 Ianuarie 1942, publicat în Monitorul Oficial Nr. 18, din 22 Ianuarie 1942, d-l prof. Dr. Victor Papilian, a fost numit în postul de decan al Facultății de Medicină din Sibiu.

Prin Decretul Nr. 168, din 19 Ianuarie 1942, M. A. N., publicat în Monitorul Oficial Nr. 18, din 22 Ianuarie 1942, au fost înaintați la gradul de maior, conform art. 14 din L. O. R., pe data Decretului și cu vechimea dela 10 Maiu 1940, următorii medici: Muntean Leontin, Kernbach R. Mihail, Neagoie Octavian, Ursace Grigore, Stanca A. Constantin, Epure N. Vintilă.

In Monitorul Oficial Nr. 23, din 28 Ian. 1942, a apărut Legea Nr. 73, prin care se prelungește termenul de 60 zile acordat farmaciilor evreești pentru lichidare, până la 23 Aprilie 1942.

In Monitorul Oficial Nr. 21, a apărut Jurn. Cons. de Miniștri Nr. 23, prin care cu începere dela 1 Ianuarie 1942, Municipiul Sibiu și Timișoara se clasează în categoria I-a de salarizare, iar comuna Beiuș în categoria II-a de salarizare, cu indemnizațiile de chirie arătate în art. 26, pct. 6.

In Monitorul Oficial Nr. 15, din 19 Ian. 1942, a apărut Legea Nr. 45 pt. stabilirea unor obligațiuni impuse salariaților publici în vremuri excepționale, (pedepse pentru lipsă dela serviciu).

Prin Decizia Ministerială Nr. 88.156, din 17 Ianuarie 1942, publicată în Monitorul Oficial Nr. 17 din 21 Ianuarie 1942, pe lângă plășile sanitare model existente s'au mai înființat următoarele:

1. Plasa Lipova, județul Timiș-Torontal, cu sediul în Lipova.
2. Plasa Sanitară Ineu, județul Arad, cu sediul în Ineu.

3. Plasa Sanitară Bran, județul Brașov, cu sediul în comuna Bran-Poarta.

4. Plasa Sanitară Arpașul de jos, județul Făgăraș cu sediul în Arpașul de jos.

5. Plasa Sanitară Curtea de Argeș, județul Argeș cu sediul în Curtea de Argeș.

6. Plasa Sanitară Buftea, județul Ilfov, cu sediul în Buftea.

7. Plasa Sanitară Tâncăbești, județul Ilfov cu sediul în Tâncăbești.

8. Plasa Sanitară Budești, județul Ilfov cu sediul în Budești.

9. Plasa Sanitară Vălenii de Munte, județul Prahova cu sediul în Vălenii de Munte.

10. Plasa Sanitară Independența, județul Covurlui cu sediul în Independența.

11. Plasa Sanitară Hangu, județul Neamț cu sediul în Hangu.

12. Plasa Sanitară Abrud, județul Alba cu sediul în Abrud.

13. Plasa Sanitară Câmpeni, județul Turda cu sediul în Câmpeni.

14. Plasa Sanitară Hațeg, județul Hunedoara cu sediul în Hațeg.

15. Plasa Sanitară Dioști, județul Romanați cu sediul în Dioști.

16. Plasa Sanitară Brezoi, județul Vâlcea cu sediul în Brezoi.

17. Plasa Sanitară I. C. Brătianu, județul Brăila cu sediul în I. C. Brătianu.

Prin Decizia Ministerială Nr. 24.151, din 15 Ianuarie 1942, publicată în Monitorul Oficial Nr. 18 din 22 Ianuarie 1942, se face cunoscut înființarea de circumscripții administrative (10 Circ. ad-tive X. Sibiu: cu reședința Sibiu, constituită din județul Sibiu, T-va Mare, T-va Mică și Vâlcea, cu conducerea acestei Circumscripții se însărcinează D-l Inspector General Administrativ Dimitrie Stoenescu.

Posturi vacante

In Monitorul Oficial Nr. 19, din 23 Ian. 1942, s'au publicat vacante următoarele posturi pendinte de Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale:

Medic Șef al orașului Giurgiu.

Medic Șef al secției de pediatrie dela spitalul „Elisabeta Doamna” din Galați.

Medic Primar al secției de medicină internă dela spitalul Slatina.

Medic Primar al secției de obstetrică și ginecologie dela spitalul P. Neamț.

Medic al spitalului mixt Murgeni, jud. Tutova.
 Medic al spitalului mixt Câmpina, jud. Prahova.
 Medic al spitalului cu circumscripția Ianca, județul Brăila.

Medic al circumscripției Comișani, județul Dâmbovița.

Medic al circumscripției Ciacova, județul Timiș.
 Domnii Medici care intrunesc condițiunile legale și doresc a ocupa aceste posturi, vor face cereri Ministerului în termen de 30 zile dela inserarea prezentei publicații în Monitorul Oficial, Nr. 88.347, din 20 Ianuarie 1942.

Bibliografie

din sumarul revistelor streine primite la redacție

Wiener Klinische Wochenschrift, Nr. 52, vom 26. Dezember, 1941.

Über Arteriosklerose: H. Chiari.
 Uran im menschlichen Organismus: J. Hoffmann.

Nr. 2, vom 9. Jan., 1942.

Operative Behandlung des Ovarialkarzinoms: H. Siebke.
 Neue Ergebnisse der Röntgendiagnostik der Tuberkulose: I. v. Palugyay.
 Zur Kenntnis der Sarkoma phyllodes lipomatodes mammae: H. Hinterberger.
 Der Anwendungsbereich des Insulins: A. Henszelmann.

Nr. 3, vom 16. Jan., 1942.

Zum dritten Kriegsjahre: L. Conti.
 Indikationsstellung zur chirurgischen Behandlung der chronischen Obstipation und Dauerresultate derselben: H. Finsterer.
 Über die therapeutische Wirksamkeit injizierbarer Dijodtyrosinpräparate: H. Pieber und H. Seyfried.
 Welche Bedeutung hat die Blutkörperchen-Sinkgeschwindigkeit bei der Tuberkulose?: H. Poindecker.
 Über intravenöse unspezifische Immuntherapie rheumatischen Affektionen: R. Hoschek.

Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 51, vom 19. Dez., 1941.

Über Entstehungsbedingungen der Erweichungen und kompakten Blutungen im Gehirn auf Grund von tierexperimentellen Untersuchungen: Broman.
 Erfolgreiche physikalisch-medikamentöse Behandlung einer schweren CO-Enzephalitis. Ein Beitrag zur Verwendung des Pervitins: Scholtz u. Zuschneid.
 Pankreaskoliken bei Pankreassteinen: Kaliebe u. Hoffmann.
 Parotitis epidemica und Urindiastase: Strangmann.
 Das Sternalpunktat beim malignen Neoplasma: Stöger.
 Über einige Gesetzmässigkeiten und Abstammungslehre im Lichte der Vererbungsforschung mit besonderer Berücksichtigung der Entwicklung der Menschheit: Regenbogen.
 Inwieweit haftet die Versicherungssumme für Verbindlichkeiten des Arztes?: Blanck.

Nr. 52, vom 26. Dez., 1941.

Nr. 1, vom 2 Januar, 1942.

Kritisches zur Hormontherapie: Schittenhelm.
 Der sogenannte katarrhalische Ikterus und die Hepatitis Epidemica: Dietrich.

Die Abhängigkeit der Reaktionsweise der Organismus von der Art der aufgenommenen Nahrung in ihrer Bedeutung für die Klinik: Abderhalden.

Gelenkschäden durch Pressluftwerkzeugarbeit: Rostock.

Eieienstaublung: Humperdinck.

Zur Tetanusbehandlung: Batschwaroff.

Die Untersuchung als Heilmittel: Buttersack.

Nr 2, vom 9. Januar, 1942.

Gliedverlust und Gliedersatz: Jorns.
 Kritisches zur Hormontherapie: Schittenhelm.
 Die Indikation zur Nagelung des medialen Schenkelhalsbruchs: Heim.
 Die Prognose der Tabes: Scheid.
 Krankenbehandlung im Sanatorium: Ernst.
 Aerzte und Eheschliessung: Paech u. Trembur.
 Hat Nansen bei seiner Mordpolexpedition zeitweise nur von Fleisch und Fett gelebt?: Rietschel.

Nr. 3, vom 16. Januar, 1942.

Die Bedeutung der Wissenschaft, insbesondere der kinderärztlichen, in der Gesundheitsführung: Conti.
 Gliedverlust und Gliedersatz (Schluss): Jorns.
 Über den Verlauf der Tuberkulose in den warmen Ländern: Büngeler.
 Die moderne Behandlung der weiblichen Gonorrhoe: Benthin.
 Brief aus Bulgarien: Batschwaroff.
 Steuerermässigung für Gefolgschaftmitglieder. Was bei Erhalt der Steuerkarte zu beachten ist: Martin.

Zeitschrift für Aerztliche Fortbildung, Nr. 1, vom 1. Januar 1942.

Nachbehandlung Verletzter durch Leibesübungen in der Gemeinschaft: Wilhelm Knoll.
 Die Therapie einiger wichtiger Ekzemformen: Dr. Peter G. Hesse.
 Körperliche Missbildungen: Prof. Dr. H. Boehm.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Nr. 52, vom 27. Dez. 1941.

Pigmentbildung und Diaminstoffwechsel: P. Robert u. E. Albert Zeler.
 Über Fremdkörperschlucker: Max Tschamper.
 Untersuchungen über artspezifisch bedingte Wirkungen von Irgamid und anderen Sulfanilamidderivaten: R. Pulver.
 Grundsätzliches zur Donaggio-Reaktion: M. Gückelberger.
 Studien zum Kropfproblem: I. Jodmangel oder Kropfnoxe?: F. Blum.

Primärtuberkulose und Metatuberkulose im Militärdienst: W. Löffler und M. Kartagener.
 Einfacher leicht transportabler Saugapparat für die Kavernen-Saugdrainage nach Monaldi: F. Häberlin.
 Frische Vollmilch mit Mehl und Zuckerzusatz, gesäuert durch frischen Zitronensaft: Martha Gantner-Schwarz.
 Vitamin K in einem schweren Fall von Purpura rheumatica: H. Schaad.

Nr. 1, vom 3. Januar, 1942.

Über Erfahrungen bei der Behandlung mit Ovariulhormon: Prof. Dr. Th. Koller.
 Über einige grundsätzliche Fragen bei der klinischen Prüfung neuer Chemotherapeutica: W. Löffler u. R. Heglin.
 Fokalisation und Allergie: Otto Meyer.
 Zur Ätiologie der Torsionsfraktur des Unterschenkels beim Skilauf: F. Jakob.
 Arthrite gonococcique peu commune: U. Thiry.
 Psychohygiene des Alkoholismus: M. Tramer.
 Zur Frage der Primärtuberkulose des Erwachsenen: Felix M. Barth.

Nr. 2, vom 10. Januar, 1942.

Über Erfahrungen bei der Behandlung mit Ovarialhormon: Th. Koller u. K. Andreas.
 Sulfonamid-resistente Pneumonien: Otto Gsell u. Max Engel.
 Zur Hypophysentransplantation bei Morbus Simmonds: Theo Marti.
 Sur l'emploi du Diphénylhydantoinante de calcium dans le traitement de l'Épilepsie: R. de Montmollin.
 Pathogenetisches und Therapeutisches aus Pervitinversuchen bei Schizophrenie: W. Belart.
 Ein Beitrag zur Behandlung der Haut- und Fussmykosen: R. Schuppi.
 Die zuverlässig sterile Gewinnung grosser Mengen von nicht denaturiertem Trockenplasma: Lt. Rudolf Bucher.

Nr. 3, vom 17. Januar, 1942.

Über die Fälle von Magen und Duodenalulzera, die in den Jahren 1925-1940 im Kantonsspital Aarau operiert wurden: O. Häuptli.
 Über die Erkennung und Behandlung der Trigeminusneuralgie: W. Ryffel.
 Ein Fall von fixierter kongenitaler Rechtslagerung des Sigmoides: E. Ledergerber.
 Evolution clinique et caractères bactériologiques de quelques cas de méningites à meningocoques: G. Déruaz et E. Novel.
 Einiges über Endokrinologie: G. Brüstlein.
 Ein einfacher technischer Kunstgriff zum Nachweis geringer Orobilinogenmengen im Harn: Fr. Klein.
 Wird durch die Inlandproduktion und die Einfuhr von Vitamin C-haltigen Nahrungsmitteln der Bedarf an Vitamin C der schweizerischen Bevölkerung gedeckt?: Paul Bernhardt.
 Der Arzt und das neue schweizerische Strafgesetzbuch: Hans W. Maier.

Die Medizinische Welt, Nr. 51, vom 20. Dez., 1941.

Entspannung der gelähmten Muskeln, das beste Mittel zu ihrer Wiederherstellung nach reparablen Nervenkrankungen und Verletzungen: Atabsarzt Prof. Dr. Pitzten.
 Klinischer Beitrag zum Maltafieber: Dr. P. Laurentius.
 Das bisher vernachlässigte Jonemilieu des Wassers beim Kochprozess: R. Berg.
 Schlusswort: Dr. K. H. Kanitz.

Fahrlässige Tötung durch Fehlbehandlung d. Brustkrebses: Dr. W. Becker.

Die Unzulässigkeit der Behandlung von Leiden der Geschlechtsorgane durch Nicht-Aerzte: Dr. W. Becker.

Von den berühmten altindischen Aerzten Tscharaka, Susruta und Wagbhata: Dr. R. F. C. Müller.

Nr. 52, vom 27. Dez., 1941.

Die Behandlung des peritonitischen Abszesses: Prof. Dr. O. Steuerer.

Zur Technik der Herdsanierung: Prof. Dr. A. Slauck.

Tetanie bei Pylorusstenose: Dr. J. Babillotte.

Zur Geschichte der Leibesübungen: Dr. H. Krauss.

Nr. 1, vom 3. Januar, 1942.

Der heutige Stand der Behandlung der Herdinfektion (Cystis, Pyelitis): Prof. Dr. H. Hryntschak.

Perniciöse Anaemie und aplastische Knochenmarksinsuffizienz (aplastische Anaemie): Dr. A. v. Weiher.

Ist die Eklampsie eine allergische Erkrankung?: Dr. H. Geiger.

Dürfen Schwestern und Laborantinnen intravenöse Blutentnahmen und Einspritzungen vornnehmen?: Dr. R. Goldhahn.

Beitrag zur ambulanten Behandlung der Hypertension und Thyreotoxikose: Dr. O. W. Lürmann.

Entwicklungslinien im Jugendstrafrecht: Staatsanwalt Dr. W. Baker.

Aerztliche Praxis und Umwandlungsverbot: Dr. Lehmann.

Nr. 2, vom 10. Januar, 1942.

Zusammenhänge zwischen Augen- und Zahnerkrankungen: Prof. Dr. K. Mylius.

Die Bedeutung der Typenforschung bei den Bakterien der Typhus-Paratyphus-Enteritissgruppe: Doz. Dr. P. Dahr und Dr. G. Zehner.

Über Zwillingsschwangerschaften und Geburten: Obermedrat Dr. E. Puppel.

Geheimhaltung von Schwangerschaft, Entbindung und Mutter-schaft bei Inanspruchnahme von Leistungen der Reichsgesetzlichen Krankenversicherung: Dr. jur. Cordes.

Nr. 3, vom 17. Januar, 1942.

Zusammenhänge zwischen Augen- und Zahnerkrankungen: Prof. Dr. K. Mylius.

Beziehungen des autonomen Nervensystems zu Hautkrankheiten und deren Behandlung: Prof. Dr. A. E. Ruete.

Über spezifische Diagnostik und Therapie des Skleroms: Prof. Dr. E. Neuber.

Kann Vitaminmangel durch falsche Zubereitung von Nahrungsmitteln entstehen?: Prof. Dr. C. Dienst.

Über den Beweiswert der Blutgruppenbestimmung und der erbologischen Vaterschaftsuntersuchungen in strafgerichtlichen Verfahren: Dr. W. Becker.

Hippokrates, Nr. 51, vom 18. Dez., 1941.

Über den Entstehungsmechanismus und die Behandlung der Pyelitis gravidarum: Martus.

Gesundheitsspolitische Zielsetzung der Sanatoriumbehandlung: Ernst.

Die Wechesnotherapie bei Hautschädigungen durch „Gelbkreuz“: Simon's.

Nr. 52, vom 25. Dez., 1941.

Das Krankheitsbild der Herdnfektiösen Tonsille und ihre therapeutische Beeinflussung: Theissing.

Zur Kenntnis der Wirkung des natürlichen C-Vitamins: Kuhn und Gerhard.

Nr. 1. vom 2. Januar, 1942.

Zur funktionellen Pathologie des hämolytischen Ikterus: S hwe nfu rth.
 Homöotherapeutische Beobachtungen: Stiegele.
 Konstitution, Körperbau und Charakter: Hüttig.
 Überblick über 5000 Jahre Gesundheitsgymnastik: Engelen.

Nr. 2. vom 8. Januar, 1942.

Das Ekzem: Burkhardt.
 Homöotherapeutische Betrachtungen: Stiegele.
 Aus der psychotherapeutischen Praxis: Hayer.
 Die Kühlung des Miliagrs: Korning.
 Die Reichsgesetzgebung über die Hebammen: Goermann.

Nr. 3. vom 15. Januar, 1942.

Zum dritten Kriegsjahr: Conti.
 Die alkalisierende Eiweiss-Kohlhydrat-Diät AEK-Diät: Möllr.
 Zwei bewährte homöopathische Arzneimittel: Haehl.
 Die Trichomonadenkolitis: Znsner.

Der Landarzt, Nr. 50. vom 10. Dez., 1941.

Das Schicksal des Herzkranken, Kreislaufgefährdeten und Kreislaufgeschädigten: Dr. med. Karl Fahrenkamp.

Nr. 52. vom 24. Dez., 1941.

Kriegswehnachten 1941: Richardt Gutzit.
 Feldpostbrief an einen jungen Arzt: Otto Rommel.
 Finnisch-ungarische Verwandtschaft: Hermann Welke.

Fortschritte der Therapie, Heft 11. November, 1941.

Über prinzipielle Schwierigkeiten der Hormoneinverlebung bei sexueller Insuffizienz: P. Orłowski.
 Paradoxe Keimdrüsenbehandlung bei Psychosen: J. Hühnfeld.
 Betrachtungen zum Eisenstoffwechsel: M. Braun-Stappenbeck.
 Moderne Eisentherapie: M. Braun-Stappenbeck.

Wiener Medizinische Wochenschrift, Nr. 51. vom 20. Dez., 1941.

Wie begnügt man den Blutungen in der Nachgeburtsperiode: Dr. L. Kraul.
 Die kombinierte Anwendung von Zucker und Vitamin B.: Doz. Dr. A. Henszelmann.
 Der kreisförmig periphere Einschnitt des N. Ischiadicus in der Behandlung der spastischen Missbildungen der unteren Extremität (deutsch und rumänisch): Agr. Dr. A. Trosc.

Nr. 52, vom 27. Dez., 1941.

Über Wesen und Ursache der bösartigen Geschwülste: Prof. Dr. H. Siegmund.
 Die Behandlung von Zuckerkranken bei chirurgischen Eingriffen: Dr. E. Sponer u. Dr. Stöger.

Nr. 1, vom 3. Jan., 1942.

Wie behandelt man Digitalis und Digitaliskörpern: Prof. Dr. N. v. Jagic.
 Was ist der neuzzeitliche Stand der Syphilis und Gororrhoebehandlung? Prof. Dr. H. Fuhs.
 Zur Frage der Behandlung der fieberhaften Puerperalerkrankungen mit Sulfonamiden unter besonderer Berücksichtigung des Tibatin: Oberarzt Dr. A. Aigner.

Nr. 2, vom 10. Jan. 1942.

Zum dritten Kriegsjahr: Conti.
 Wie behandelt man Stillschwierigkeiten: Prof. Dr. A. v. Reuss.
 Neue Wege in der Diagnostik und Therapie von Lues: Dr. A. Rottmann.
 Lungenkomplikationen bei gleichzeitiger Knochentuberkulose der Kinder: Dr. med. Vladimir Vojtek.

Nr. 3, vom 17. Jan., 1942.

Welche Bedeutung haben die Fastenkuren?: Doz. Dr. W. Beiglböck.
 Die Bedeutung des Kalziums in der Behandlung der Lungentuberkulose: Dr. Ernst Stangl.

Perlatan- Calcium

în turburările **menopauzei**

Compoziție:

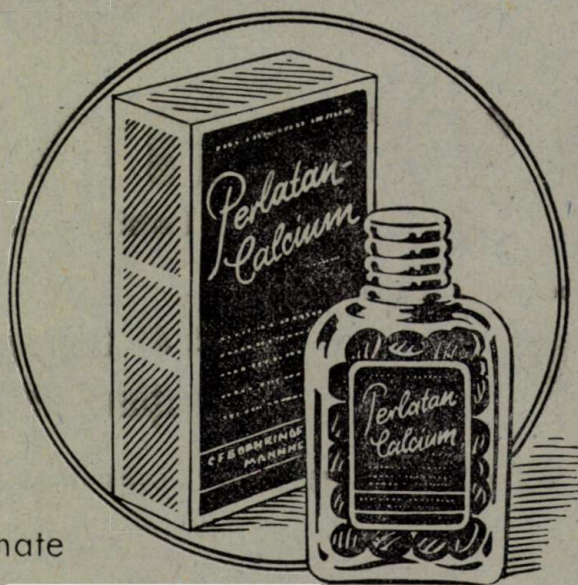
100 U. I. Perlatan

0,25 g Lactat de calciu

0,05 g Bromură de sodiu

Flacon cu 40 comprimate

De 3 ori pe zi 1 – 2 comprimate



C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Remediu sigur pentru combaterea
gripei și a răcelei

ACITOPHOSAN

2—8 tablete pe zi

Profilaxia și tratamentul infecțiilor căilor respiratorii la adulți și la copii cu

Chinaether

eter — chinină — camfor

pentru injecțiuni intramusculare

Eficacitate remarcabilă în tusea convulsivă, pneumonii, complicațiuni
pulmonare postoperatorii, etc. etc.

Synthoestrin

Tablete și fiole

Preparat oestrogen sintetic cu formula :

4.4' Dipropionil-oxi-alfa-beta dietilstilben
acțiune identică cu a hormonului folicular

1 fiolă sau o tabletă = 1 mgr. substanță, corespunzând efectului a 10.000 U. I.
hormon folicular cristalizat.

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

GEDEON RICHTER S. A.

București V, strada Logofătul Tăut Nr. 99

— TELEFON 56903 —

Redactionale

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 4 pagini de revistă. Costul tiparului peste 4 pagini va fi suportat de autor, 500 Lei pagina.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeelor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 500. Pentru autorități 1000 Lei. Pentru studenți 300 Lei. Costul unui număr este 80 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Casierul Revistei este d-l Dr. O. Fodor.

Domnii abonati sunt rugati sa anunte la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neintelegeri in legatura cu expedierea revistei.

Anunturile se angajează direct prin Administratia revistei cu tariful următor:

1 pagină odată	3.000,	3 ori	8.000,	6 ori	15.000,	12 ori	25.000	Lei
1/2 " "	2.000,	" "	5.000,	" "	8.000,	" "	15.000	" "

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Pentru anunțuri plasate pe pagina recto se socotește un plus de 30%.

Pentru anunțuri periodice (băi, stat. balneare, stat. climaterice etc.) se plătește un plus de 50%.

Tabloul de prețuri al extraselor pe formatul 8^o valabil dela 1 Ianuarie 1942.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar		Coperta obicinuită hârtie culoare										Observație	
	Primele 25 exemplare	Următoarele 25 exemplare	25	50	100	150	200	300	500	1000	3000	5000		
e x e m p l a r e														
L e i			L e i											
4	200	35	165	180	190	220	230	260	360	530	1400	3200	1 pagină din revistă co- respunde cca. la 3 pagini din extras.	
8	270	55												
12	380	67												
16	470	82												
Extrase pe hârtie velină			Copertă groasă colorată										Pentru fiecare clișeu se va socoti în plus 15 Lei.	
4	210	43	190	240	280	350	410	520	750	1150	2850	4900		Tablourile etc. lipite la extrase se vor socoti în plus.
8	290	66												
12	420	90												
16	510	114												

SANEDRINE

Efedrină levogiră

**TERAPEUTICĂ
ANTIALERGICĂ**

ASTM

**RINITE SPASMODICE
BRONȘITE CRONICE**

URTICARIE

**PRURIT, MIGRENELE
HEPATO-BILIARILOR**

**P R E V E N I R E A
ACCIDENTELOR SERICE
HIPOTENSIUNE
POST-OPERATORIE**

**ASTENII
POST-INFEȚIOASE**

Comprimat de 0,025 gr.

ODETTE
ZÉAU

**SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE**

SPECIA

**MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS**

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

DIRECTOR: Conf. Dr. I. GAVRILĂ Secretar de redacție: Dr. D. CĂPRIOARĂ	COMITETUL DE REDACȚIE: Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Dr. I. Cosma, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. M. Telesman, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Conf. Dr. I. Voicu, Dr. V. Weindel.	REDACȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1 Telefon 45
--	---	--

SUMARUL:

Articole științifice:

Prof. Dr. Victor Papilian și Dr. Victor Preda: Transformarea grupelor sangvine la om . . .	Pag. 89
Prof. Dr. D. Michail și Dr. Lavinia Păcurariu: Glioza prepapilară . . .	" 90
Prof. Dr. G. Buzoianu, I. G. Russu și I. Ambruș: Insuficiența velo-palatină congenitală însoțită de turburări în ingestia lichidelor . . .	" 97
Conf. Dr. C. C. Velluda: Biologia știință de cultură și educație medicală . . .	" 99

Probleme terapeutice:

Conf. Dr. I. Gavrilă: Tratatamentul hemoragiilor intestinale din febra tifoidă cu pectine . . .	" 104
---	-------

Doctrina medicală în noua orânduire profesională:

Prof. Dr. M. Kernbach: Dreptul la sănătate și dreptul de a vindeca în lumina etatizării bolnavilor și medicilor . . .	" 109
---	-------

Instituții Sanitare pentru tuberculoză:

Conf. Dr. L. Daniello și Dr. N. Bumbăcescu: Cum a funcționat Secția de Tuberculoză a Clinicii Medicale I din Cluj la Sibiu, în cursul anului 1941 . . .	" 117
---	-------

Medicină preventivă:

Prof. Dr. Gheorghe Popoviciu: Instituțiile de ocrotire a familiei, mamei și copilului, indispensabile . . .	" 119
Dr. Crăciun Alexandru: Cu privire la învățământul igienei, în școala primară . . .	" 121

Activitate și realizări sanitare:

Un an de activitate și de realizări la Ministerul Sănătății . . .	" 122
Conferința anuală a medicilor sanitari din Inspectoratul Sibiu . . .	" 124
Conferință în vederea utilizării studenților în medicină în cursul verii . . .	" 124

Revista cărților

Istoricul antropologiei în România de Papilian Victor și Velluda Constantin. — Imbecilitatea de Dr. F. Dubitscher. — Experiența antropologică și determinismul manifestărilor umane de Dr. Victor Preda. . .	" 125
--	-------

Revista revistelor

Note și informațiuni

Descentralizarea administrației sanitare. - Decrete și Decizii Ministeriale. - Concurs. - Posturi vacante. . .	" 126
Bibliografie . . .	" 130
	" 135

CORTENIL

**Preparat sintetic de hormon
al cortico-suprarenalei**

**1 fiolă corespunde efectului activ a 5 mgr.
de acetat de desoxicorticosteron**

**Indicat în insuficiența
totală și parțială a**

cortico-suprarenalei: maladia lui Addison, astenie musculară, adinamii, astenii, slăbiciune; apoi în bolile infecțioase și în intoxicațiuni, după arsuri și leziuni datorite frigului, stări septicemice, supurații cronice, vărsăturile incoercibile ale sarcinei și catar după tratamentul cu raze Röntgen și ultra violete.

Cutie cu 3 fiole a 1 cmc.



UN PRODUS CHIMIC ROMÂNESC

SEPTICEMII

SCARLATINĂ
ERIZIPEL
ENDOCARDITĂ LENTĂ
AVORTURI SEPTICE
FACERI COMPLICATE
AMIGDALITĂ



SULFAZOL

TABLETE



FABRICA HYGEA CLUJ S. A. R.
BUCUREȘTI

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCHILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări

și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CA



RUBIAZOL
COLORANT AZOIC

este
**CEL MAI ACTIV și
COMPLET ATOXIC**

DOZA ZILNICĂ:
6-12 comprimate
2-3 fiole



LABORATOIRES DU DR. ROUSSEL-PARIS

Eșantioane Medicale și literatură la:

Reprezentanța generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTETIA” S. A. R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREȘTI, III

Telefon 221.38

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Transformarea grupelor sangvine la om

de

Profesor Dr. Victor Papilian și

Dr. Victor Preda

Intr'o serie de lucrări anterioare am arătat că există posibilitatea transformării grupelor sangvine in vitro. Prin acțiunea substanțelor modificatoare (Simpatico și parasimpaticotrope) asupra sângelui integral sau asupra elementelor disociate ale sângelui (ser și globule roșii), am arătat că grupele A și B prezintă cele mai multe posibilități de transformare fără însă ca vreodată să se schimbe între ele. Celelalte grupe (O și AB) au posibilități de transformare mai reduse, putând însă să se transforme în orice alt grup și chiar între ele.

În lucrarea de față am căutat să completăm aceste date prin cercetări făcute chiar in vivo.

Tehnica a fost următoarea: Unul individ cu grupa sangvină determinată i se injectează intramuscular o cantitate de 8 cc. sânge (recolat de la un individ din altă grupă sangvină), 1 cc. citrat de sodiu și 1 cc. substanță modificatoare. Substanțele modificatoare întrebuințate în experiențele noastre au fost adrenalina 1⁰/₁₀₀ și pilocarpina 1⁰/₁₀. După 24 ore de la injecție i se face individului controlul grupei sangvine, urmând ca acest control să fie făcut zilnic timp îndelungat.

Din toate experiențele făcute față rezultatele obținute:

Tabloul I.

Injecții cu 8 cc. sânge, 1 cc. citrat de sodiu și 1 cc. adrenalină.

				Cazuri modificate:
La grupul A	cu sânge B	4 cazuri	1 caz (A trece în O).	
" "	A " "	O 4 "	nu se modifică.	
" "	B " "	A 3 "	nu se modifică.	
" "	B " "	O 3 "	1 caz (B trece în O).	
" "	O " "	A 4 "	2 caz. (O trece în A	
			O trece în A).	
" "	O " "	B 4 "	1 caz (O trece în B).	

Tabloul II.

Injecții cu 8 cc. sânge, 1 cc. citrat de sodiu și 1 cc. pilocarpină.

La grupul A	cu sânge B	10 cazuri	1 caz (A trece în O).
" "	A " "	O 4 "	1 caz (A trece în AB).
" "	B " "	A 7 "	2 caz. (B trece în AB
			B trece în AB).
" "	B " "	O 3 "	nu se modifică.
" "	O " "	A 7 "	3 caz. (O trece în AB
			O trece în AB
			O trece în A).
" "	O " "	B 3 "	1 caz (O trece în B).

Din tablourile de mai sus relese în mod deslușit că o schimbare a grupelor sangvine umane este posibilă. Această schimbare nu se face însă la totalitatea indivizilor experimentați ci numai într'un procent de aproximativ 25⁰/₁₀₀, ceea ce indică faptul că nu poate fi vorba decât de un proces de natură biologică.

Tot din cercetările făcute relese că in vivo ca și in vitro grupa A nu se poate transforma în grupa B și invers grupa B nu se poate transforma în grupa A. Grupa O se poate transforma în oricare altă grupă. Aceste fapte întăresc ipoteza noastră emisă în lucrările anterioare și anume că există două grupe sangvine primare A și B, celelalte grupe fiind grupe non A și non B.

Modificarea este influențată mai mult de grupa de sânge injectată decât de substanța farmacodinamică, care probabil nu are decât rolul de-a deslănțul procesul umoral fără însă a indica sensul în care se face schimbarea. Sensul schimbării poate fi deci pus în legătură cu grupa sangvină injectată.

Și în aceste experiențe ca și în cele făcute in vitro asupra elementelor disociate ale sângelui, serul pare a fi elementul hotărâtor în modificarea grupei sangvine,

Transformarea grupelor nu se produce decât începând cu a 3-a zi dela injecție. Transformarea nu este definitivă, durata modificării fiind legată de fiecare caz în parte. Astfel în unele cazuri transformarea a dispărut după două săptămâni dela injecție, iar în altele a persistat până la cinci luni.

În fine din studiul experimental am văzut că schimbarea grupelor sangvine este fără îndoială un factor constituțional deoarece nu apare decât la anumii indivizi, indiferent de substanța modificatoare injectată.

Concluziuni

1. Cercetările făcute la oameni după o anumită tehnică (injecție intramusculară de sânge și substanță simpatico-parasimpaticotropă) arată posibilitatea modificării grupelor sangvine.

2. Toate grupele se pot schimba, dar grupa A nu se poate schimba în B și invers, ceea ce denotă existența a două grupe sangvine primare.

3. Elementul determinant al modificării este serul sangvin.

4. Există dispozițiuni constituționale care permit modificarea.

INSTITUTUL DE ANATOMIE UMANĂ CLUJ-SIBIU

Director: Profesor Dr. V. Papilian.

RESUMÉ

La transformation des groupes sanguins chez l'homme

Les auteurs, après avoir montré dans une série de travaux antérieurs la possibilité de transformation des groupes sanguins „in vitro“, par l'action des substances modificatrices (adrénaline, pilocarpine), dans le travail présent nous

donnent une série de recherches faites „in vivo“ sur l'homme, en arrivant aux conclusions suivantes:

1. Les recherches faites sur l'homme d'après une certaine technique (injection intramusculaire de sang et de substance sympathico-parasympathicotrope) prouvent la possibilité de modifier les groupes sanguins.

2. Tous les groupes sanguins peuvent être modifiés, mais le groupe A ne peut pas être transformé dans le groupe B et inversement, ce qui démontre l'existence de deux groupes sanguins primaires.

3. L'élément déterminant de la modification est le sérum sanguin.

4. Il y a des dispositions constitutionnelles qui permettent la transformation.

ZUSAMMENFASSUNG

Änderungen der Blutgruppen beim Menschen

Nachdem die Autoren in einer Reihe früherer Arbeiten die Möglichkeit der Abänderung der Blutgruppen in vitro durch die Einwirkung von abändernden Stoffen (Adrenalin, Pilocarpin) gezeigt haben, bringen sie in vorliegender Arbeit eine Reihe von Versuchen, die am Lebenden (Menschen) gemacht wurden.

Nach diesen Versuchen gelangen die Autoren zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die am Menschen, nach einer gewissen Anordnung gemachten Versuche (intramuskuläre Injektionen von Blut und von sympathico-parasympatisch wirkenden Stoffen) zeigen die Möglichkeit der Abänderung der Blutgruppen.

2. Alle Blutgruppen lassen sich abändern, nur die Gruppe A kann nicht in B verwandelt werden, noch umgekehrt, was das Vorhandensein zweier Hauptgruppen beweist.

3. Das die Änderung entscheidende Element ist das Blutserum.

4. Es bestehen Veranlagungen der Konstitution, welche die Abänderung zulassen.

Glioza prepapilară

de

Profesor **Dr. D. Michail**

și

Dr. Lavinia Păcurariu, asistent

II

Aruncând o privire generală comparativă asupra studiului anatomo-clinic al cazurilor expuse în articolul precedent (Nr. 1, 1942) constatăm că, deși bolnavii au fost de sex și vârste deosebite, bărbatul având 68 ani, iar femeia 25 ani, au prezentat totuși, atât din punct de vedere clinic cât și anatomo-patologic, o serie de leziuni oculare foarte asemănătoare. În ambele cazuri fenomenele clinice au debutat prin scăderea rapidă a vederii unui ochi, însoțită de dureri oculare puternice și au evoluat sub aspectul unui glaucom subacut, cu

perioade de acalmie și exacerbare, care au dus în scurtă vreme (o lună în cazul I și 10 zile în cazul al II-lea) la suprimarea definitivă a vederii ochiului afectat, cu persistența supărătoare a durerilor oculare, care au necesitat enucleația. Examenul anatomo-patologic a arătat la rândul său, în ambele cazuri, leziuni caracteristice glaucomului, constând în alterațiunile cherato-sclerale (cheratita și încrustarea calcară a sclerotice), uveale (atrofia irido-ciliară mai ales, cu sinechia iriană anterioară a lui Kries), cristaliniene (cataracta corticală), nevro-retiniene (atrofia cu degenerarea gilaă difuză a

retinel și a nervului optic, cu escavația glaucomatoasă a lamel cluruite și a papilei) și înafară de acestea o serie de alterațiuni cu totul aparte. Aceste ultime alterațiuni consistau în special, într-o neoformație de țesut glial care ocupa în mod dominant regiunea prepapilară, umplând escavația glaucomatoasă a papilei în cazul I și până la retinel deslipite în cazul II, pentru a se extinde apoi lateral asupra feței interne a retinei din zona circumpapilară, cu care contracta legături, în parte prin cordoane vasculo-gliale, care dela retină treceau, prin perforații ale limitantei interne, în neoformația glială, dar în cea mai mare parte prin fixarea directă la limitanta internă retiniană a fibrilelor aparținând neoformației gliale. Aceasta din urmă a fost invizibilă la examenul oftalmoscopic al cazului I, din cauza tulburărilor sale cristaline, dar a apărut clar vizibilă în cazul II, în care s'a prezentat sub aspectul unei tumori ovoide, galben ceroase vascularizate, dela periferia căreia porneau numeroase cordoane radiale în vitrosul învecinat. Examenul istologic a arătat apoi că această neoformație glială avea un aspect turtit, membranos în cazul I, în timp ce în cazul II făcea în fața papilei un relief tumoral conic. Același examen a mai dovedit că în ambele cazuri neoformația avea o bogată vascularizație de tip capilar, provenind în mod predilect din vasele papilei și în mod accesoriu din vasele retinene, că structura sa amintea pe aceea slab celulată a unui țesut mixomatos, că suprafața sa de contact cu vitrosul prezenta din contră o bandă bogat celulată, cu aspect de zonă germinativă, care favoriza progresiunea neoformației către polul anterior, că dela aceeași suprafață porneau către vitros, în formă de rădăcini, numeroase cordoane celulare radiale retractile, mai fine și mai discrete în cazul I, în care au provocat numai cutarea straturilor interne ale retinei și ușoara ei atracție conică spre vitros, dar mai numeroase și mai puternice în cazul II, în care au provocat și deslipirea totală a retinei. Alături de aceste neoformații gliale prepapilare, examenul istologic a mai evidențiat, în ambele cazuri, prezența unor importante și foarte caracteristice leziuni vasculare. Printre aceste leziuni dominau acelea ale unei periflebite cu localizare strictă la nivelul extremității papilare și a zonei de bifurcație a vinei centrale a retinei, situate în ambele cazuri imediat înafara lamel cluruite, fiind însoțită în cazul I de o proliferare a endovenei cu strâmtorarea lumenului său și apărând ca unică manifestație în cazul II, în care comprima lumenul vânos. Intovăărșind aceste leziuni vânoase se putea constata în ambele cazuri și o puternică îngroșare cu hialinizarea pereților arterelor retinene, leziuni care se opreau aproape brusc imediat înaintea lamel cluruite.

Din studiul comparativ de mai sus rezultă deci, că am avut de a face în ambele cazuri cu o neobișnuit de accentuată proliferare glială prepapilară unilaterală,

cu aparență pseudo-tumorală, care a evoluat în cortegiul simptomatic al glaucomului secundar și cu leziuni vasculare dominante de periflebită, localizate la zona de bifurcație a vinei centrale a retinei.

În literatură există încă descrise anatomo clinic și figurate istologic un număr de cazuri asemănătoare, cărora li s'au dat interpretări variate, fără ca totuși să se fi ajuns la o concepție precisă asupra problemei. Acest fapt ne determină să analizăm totalul cazurilor publicate până astăzi sub diferite titlaturi, pentru ca din confruntarea lor cu cazurile noastre personale să încercăm să desprindem o concepție mai unitară și mai clară a problemei. *Sattler* (1869) descrie astfel un caz de glaucom absolut, iridectomizat cu trei ani mai înainte, pe care l-a enucleat pentru un abces al vitrosului, la al cărui examen istologic a găsit că escavația papilei era plină cu un țesut infiltrat inflamator. Cazul a fost redat în planșa 15, din volumul II al atlasului de anatomie-patologică al lui *Becker* (1875), care figurează astfel pentru prima oară această particularitate istologică.

Manz (1866) studind retinita proliferantă găsește într'un caz o proliferare conjunctivă puternică în formă de dop pe papilă și trage concluzia că la procesul retinital proliferant este foarte probabil că participă și papila.

Leber (1877) vorbind despre patogenia retinitel proliferante afirmă că există și cazuri excepționale în care membrane intraoculare se produc pornind dela papilă, întinzându-se pe o mare suprafață a retinei și dând prelungiri în vitros.

Webster Fox și *Brailey* (1881) au observat un caz de papilită, cu aspect de stază papilară, care ulterior a dus la pierderea vederii ochiului afectat printr'un glaucom acut, iar examenul istologic le-a evidențiat existența scufundării lamei cluruite asociate cu edemul papilei.

Gama Pinto (1882) descrie un caz de stafilom cornean, căruia i s'a făcut operația lui *Critchett*, iar după câțiva ani enucleația. Examenul istologic l-a arătat că lama cluruită prezenta o escavație glaucomatoasă, care în urma decomprimării operatorii era umplută cu proliferarea unui țesut conjunctiv ce invadea și stratul fibrelor nervoase ale retinei.

Banholzer (1892) studind anatomia-patologică și patogenia retinitel proliferante, descrie cazul unei bolnave de 59 ani, care după ce a fost lovită în ochiul stâng, a prezentat o irido-dializă, însoțită de flocoane în vitros, de un inel alb conjunctiv în jurul papilei și de fenomene glaucomatoase cu dureri repetate, care au necesitat enucleația. Examenul istologic al ochiului enucleat l-a arătat că limitanta internă a retinei era dehiscentă și că atât între lamelele dehiscente, cât și între lamela exterioară și stratul fibrelor nervoase ale retinei, existau straturi de celule fusiforme, cu deose-

blre bogate în jurul vaselor retiniene și că un țesut similar umplea în cea mai mare parte și escavația fiziologică a papilei, ale cărei vase centrale prezentau pereții ceva mai îngroșați și cu o mare proliferare a celulelor lor adventiciale.

Moauero (1892) descrie cazul unei bolnave care prezenta la ochiul stâng un glaucom amaurotic, iar la ochiul drept, alături de glaucom și o stază papilară.

Purtscher (1896) în cercetările sale referitoare la retinita proliferantă găsește într'un caz alterații inflamatorii ale papilei și ale vaselor centrale și mai ales un cordon conjunctiv central, din care pleca o pseudomembrană, care acoperea retina, fără a avea legături strânse cu ea și admite că proveniența acestei membrane trebuie să fie țesutul conjunctiv din centrul nervului optic și că aderențele sale cu retina trebuie să fie secundare unor emoragii apărute în vitros, sau chiar în rețeaua membranelor. Tot el mai constată că în membrană se produce un proces de retracție care duce la cutarea și deslippingea retinei și că alterațiile vasculare par a fi unul din elementele anatomice cele mai constante care însoțesc această neoformație.

Hippel (1892) căutând să verifice teoria lui Schnabel referitoare la formarea escavației glaucomatoase a papilei, a studiat și redactat protocoalele anatomo-patologice a 48 ochi glaucomatoși, dintre care nu reținem decât pe acelea ale unui număr de nouă cazuri (1, 3, 5, 6, 8, 10, 12, 18 și 19), care au, sau par a avea asemănări cu cazul sticla subiectului nostru.

Cazul 1 este acela al unui băiat de 17 ani, care a suferit o arsură gravă a ochiului drept, urmată de simblefaron și accidente glaucomatoase. Examenul istologic al globului afectat l-a arătat existența unei escavații papilare umplută parțial cu un țesut buretos.

Cazul 3 este acela al unei femei de 52 ani, care suferea de cataractă cu glaucom. Examenul istologic al globului ocular i-a arătat că din escavația papilei se ridică un pinten conjunctiv, conținând un vas, ce intra în stratul fibrelor nervoase retiniene, iar între pintenul conjunctiv și podeaua escavației exista un țesut neoformat reticulat, fin, despre care autorul nu a putut să se pronunțe dacă este un țesut neoformat sau un rest al țesutului papilar.

Cazul 5 este acela al unei femei de 28 ani, care în cursul unei meningite a făcut fenomene inflamatorii ale ochiului drept, însoțite de mărirea de volum dureroasă a globului. Examenul istologic a arătat, că din mijlocul escavației papilare a cazului se ridică în formă de săgeată un țesut care conținea vasele centrale ale retinei. Dela vârful acestui țesut pornea o membrană fină, străbătută de asemenea de vase, care se îndrepta lateral spre retină, mergând la nivelul ei și dând astfel impresiunea că închide în cea mai mare parte escavația papilară spre vitros. Autorul a conchis din aceste

fapte că, deși fasciculele nervoase și țesutul glial papilar au dispărut fără urme, țesutul de susținere al vaselor papilare a continuat totuși să-și păstreze poziția normală, nelăsând astfel la examenul oftalmoscopic să apară vasele papilare cu coturi.

Cazul 6 este al unui bărbat de 49 ani, care prezenta un leucom cornean aderent ectatic. La examenul său istologic a constatat că escavația papilei prezenta o împănare de fibre conjunctive, care conțineau ramuri ale vaselor centrale, aspectul general fiind acela al toperii țesutului papilar.

Cazul 8 se referă la un bărbat de 47 ani, care în urma unui traumatism însoțit de luxația cristalinului și de glaucom a prezentat la examenul istologic o escavație papilară umplută cu un dop de țesut conjunctiv.

Cazul 10 privește o femeie de 48 ani cu glaucom, la examenul istologic al căreia a constatat o escavație papilară plină cu un țesut neoformat bogat vascularizat, care înalța spre vitros, extinzându-se în același timp destul de departe pe suprafața internă a retinei. Leziunile erau însoțite de degenerări chistice și emoragii retiniene, cât și de alterațiuni întinse ale vaselor retiniene.

Cazul 12 este al unei femei cu glaucom, la examenul istologic al căreia a găsit escavația papilei plină cu sânge și cu un țesut neoformat, care se extindea departe și pe suprafața internă a retinei.

Cazul 18 este al unei femei de 63 ani, care suferea de un melanosarcom retrocristalinian, însoțit de noduli episclerali limbrici. La examenul său istologic a constatat că, din partea centrală a escavației papilare pornea un cordon îngust de țesut neoformat, bogat celular, care se găsea alături de un nodul melanocelular papilar.

Cazul 19, în fine, aparține unui bărbat care suferea de un leucom aderent însoțit de glaucom. La examenul său istologic a găsit că papila prezenta o escavație, care în parte era ocupată de un țesut conjunctiv și glial bogat vascularizat, ce se extindea departe asupra feței interne a retinei, cu care intra în legătură, pentru a se pierde apoi la periferie în vitros.

Wehrli (1898) vorbind cu ocaziunea a două cazuri personale, despre legătura dintre retinita albuminurică, glaucom și retinita proliferantă, studiază în observația I, cazul unui tânăr de 37 ani, cu glaucom absolut la ochiul drept, care a trebuit să fie enucleat și cu o nevroretinită albuminurică complicată cu glaucom la ochiul stâng. Examenul istologic al ochiului drept, enucleat, l-a arătat că retina prezenta în special la nivelul maculei un țesut neoformat, din care porneau cordoane spre vitros. Acestea se îndoaiau spre a forma o membrană, care mergea de partea temporală paralel cu stratul fibrelor nervoase retiniene, terminându-se apoi liber în vitros și atrăgând limita internă, spre a coborî pe de altă parte în fundul escavației papilare

și a înalța până la peretele său nasal. Această membrană era delimitată spre vitros prin 1—3 șiruri de celule fusiforme, sub care se găseau numeroase celule conjunctive tinere, cu o rețea de capilare fine, în rest fiind alcătuită dintr'un larg strat fibrilar, aproape omogen, cu celule ovale și cu vase mai mari provenind din vasele maculare. Intovăărșind aceste leziuni se găseau încă mari alterațiunile ale vaselor retiniene, sub aspectul perlarteritel proliferante hiperplastice, însoțite de emoragiile retiniene.

Axenfeld și apoi *Krukenberg* (1900) analizând problema escavației glaucomatoase a lamel ciuruite fără escavația papilei, studiază cazul unei femei de 66 ani, care a prezentat o cataractă senilă urmată de un glaucom inflamator acut foarte dureros al ochiului stâng, pe care au fost nevoiți să-l enucleeze și la examenul histologic al cărui au găsit escavația glaucomatoasă a lamel ciuruite fără escavația papilei, ale cărei fascicule nervoase nu prezentau atrofia de compresie, ci umpleau escavația lamel ciuruite, datorită unei disocierii edematoase însoțite de vacuole, care le făceau chiar să proemine spre vitros. Nervul optic nu era infiltrat.

Römer (1901) studiind legăturile nefritel cronice cu glaucomul și retinita proliferantă, descrie cazul unui bărbat de 34 ani, care, în cursul unei nefrite a prezentat la ochiul drept leziuni asemănătoare cu acelea ale retinitel albuminurice, asociate ulterior cu accidente dureroase de glaucom, pentru care a practicat enucleația. Examenul histologic al globului ocular enucleat l-a arătat, pe lângă prezența în retină a concreștiunilor calcare, a îngroșării cu scleroza peretilor săi vasculari, a emoragiilor și pe aceea a unei escavații papilare. Aceasta era complet umplută de o neoformațiune de țesut fin, care dădea pe de o parte muguri proeminenți spre vitros, iar pe de altă parte se întindea captușind suprafața internă a retinei pe o distanță de 2—4 diametri papilari în jurul papilei, trimițând pînă scurți spre vitros și contractând legături cu țesutul conjunctiv al retinei hipertrofice prin porțiuni întrerupte ale limitantei interne. Țesutul neoformat care umplea escavația papilară și contribuia la formarea membranei preretiniene provenea în parte din proliferarea țesutului de susținere al papilei, iar în parte din proliferarea adventiciei vaselor centrale ale retinei, care erau sclerozate.

Rocher (1901) studiind tema escavației glaucomatoase a lamel ciuruite fără escavația papilei, descrie cazul unei femei de 25 ani, care a suferit la vârsta de 15 ani o inflamație gravă, de lungă durată a ochiului drept, care s'a mărit ulterior de volum, pentru ca în ultimul timp să prezinte noi fenomene inflamatorii dureroase, însoțind un reflex gălbui venit din profunzimea ochiului și accidente glaucomatoase, care au făcut necesară enucleația. Examenul histologic al globului enucleat l-a arătat, pe lângă prezența unor exudate pornind din

corpul cililor care pluteau în vitros și pe aceea a unei escavații a lamel ciuruite, care era umplută de țesutul papilar disociat edematos și infiltrat purulent.

Kampferstein (1903) examinând problema umplerii retinale a escavației glaucomatoase a papilei, publică cazul unui bolnav de 66 ani, care a prezentat multă vreme inflamația ochiului drept în urma unei lovituri, pentru ca patru ani mai târziu să facă accidente glaucomatoase, care au necesitat o iridectomie, iar alți șase ani mai în urmă să se prezinte sub aspectul glaucomului absolut, pentru care a și fost enucleat. Examenul histologic al ochiului enucleat l-a arătat că prezenta o escavație glaucomatoasă profundă a lamel ciuruite, care era umplută în întregime de retina alunecată în ea. Din fundul escavației porneau cordoane fasciculate, pigmentate hematic, care străbăteau masele retiniene alunecate și înaintau făcând relief în vitros. Întreg tabloul histologic era însoțit de accentuate alterațiuni arterio-sclerotice ale vaselor retinei.

Schnabel (1905) publică cazul unui glaucom inflamator, la al cărui examen histologic a găsit o puternică escavație a lamel ciuruite, care era umplută de o intensă inflamație a papilei, cu aspect de stază, dar pe care *Behr* o interpretează ca o glioză chistică și nu ca o leziune inflamatorie.

Brown-Posey (1907) studiază un caz de glaucom acut, în care după o iridectomie s'a dezvoltat o iridociclită gravă, după liniștirea căreia l-au practicat extracția cataractei, care a fost urmată de recidiva iridociclitei și enucleație. La examenul histologic al cazului au găsit o escavație glaucomatoasă a lamel ciuruite, care era umplută cu fasciculele tumefiate inflamatorii ale nervului optic.

Axenfeld (1910) a arătat că escavația glaucomatoasă a papilei poate să dispară în urma operațiilor ipotonizante, printr'un edem papilar, care schimbă refracția papilei cu mai multe dioptrii. Această dispariție a escavației se observă mai ales în primele timpuri după operație, când se produce o disociere a țesutului gila epilamelar comprimat de glaucom și chiar o înaintare a lamel ciuruite, fapt însă pe care nu l-a controlat histologic.

Bietti (1912) studiind evoluția simultană a escavației glaucomatoase a papilei cu nevrita optică, descrie cazul unei bolnave de 50 ani, căreia l-a făcut o iridectomie antiglaucomatoasă a ochiului drept cu câțiva ani mai înainte și care ulterior a prezentat noi tulburări vizuale, pe care examenul oftalmoscopic le-a arătat ca fiind în legătură cu un aspect de papilită, însoțind escavația glaucomatoasă a papilei. După 18 zile de dureri glaucomatoase mari, în cursul cărora fundul ochiului a devenit neluminabil, autorul a fost nevoit să-i facă enucleația. Examenul histologic al cazului l-a arătat, în afară de aspectul edematos, chistic, emoragic al retinei

și o scufundare glaucomatoasă a lamei ciuruite, care era umplută de nervul optic inflammat și parțial de retina învecinată atrasă în escavație.

Holtz (1913) a relatat patru cazuri de ochi glaucomatoși cu escavația papilei, care după operație și-au normalizat tensiunea și vederea, învelindu-și în același timp și escavațiile. La două din aceste cazuri, care au sucombat (cazul I, OD; cazul II, OS), putând face examenul histologic al globilor oculari operați, a găsit că deși papilele se nivelaseră, histologic păstrau totuși escavația lamelor ciuruite, care erau pline cu un țesut disociat.

Behr (1914) studiind regresiunea escavației papilare în cursul glaucomului, citează două cazuri personale pe care le analizează și histologic.

Primul caz prezenta la ochiul stâng un glaucom dureros cu escavația papilei, care a necesitat enucleația. Examenul său histologic i-a arătat că în afară de leziuni atrofice, chistice, calcare și emoragice retiniene, cu îngroșarea fibrelor lui Müller, mai prezenta și o puternică escavație a lamei ciuruite, care era umplută cu un țesut neoformat ce se extindea și asupra feței interne a retinei pe o distanță de 2 diametri papilari în jurul papilei. Acest țesut era alcătuit dintr-o substanță fasciculară, cu numeroase celule, vase și cavități care comunicau între ele, era delimitat spre vitros de o membrană rezultată dintr-o modificare a însuși țesutului neoformat și trimitea spre vitros numeroase cordoane.

Autorul consideră țesutul neoformat ca fiind de natură glială și ca provenind din straturile externe, nevascularizate, ale retinei. El a constatat în același timp, că nervul optic prezenta o puternică infiltrație celulară în jurul vaselor centrale ale retinei, imediat înăpoia vaselor ciuruite, că vasele retinei aveau pereții îngroșați, hialini, și că vasele țesutului neoformat prepapilar erau însoțite de țeci conjunctive groase. Nu constată existența cavernelor lui Schnabel înăpoia lamei ciuruite.

Cazul al doilea este al unui bolnav de 22 ani, care avea la ochiul stâng un leucom total cu glaucom secundar, necesitând enucleația. Examenul histologic al globului ocular enucleat i-a arătat că papila prezenta o escavație umplută cu un țesut fibrilar bogat celular, cu noduli limfocitari, și țeci limfocitare perivascularare. Pe laturile papilei, fasciculele țesutului neoformat al escavației pătrundeau între limitanta internă și stratul reticular intern al retinei, înlocuind stratul celulelor ganglionare, cu care de altfel se continua către polul anterior al globului. Vasele retinei aveau pereții îngroșați și fără modificări degenerative. Autorul consideră țesutul neoformat al escavației papilare și a acestui caz, ca fiind de origină glială și vorbește de o glioză prelaminară, sau de glioze papilei.

Gilbert (1915) studiind stadiile precoce ale degenerării cavernoase a țesutului nervos optic în glaucom,

descrie cazul unui bărbat (cazul 5), care avea un glaucom bilateral cu escavația papilelor și căruia a fost nevoit să-l facă enucleația ochiului drept, din cauza evoluției emoragice pe care a luat-o glaucomul în urma unui iridotaxis. Examenul histologic al ochiului enucleat l-a arătat că papila prezenta în partea sa superioară o cavernă întinsă, așezată sub un strat de țesut glial fin, fundul cavernei reprezentând fundul escavației glaucomatoase a papilei. Caverna era plină cu un țesut glial și era însoțită de puternice îngroșări ale intimei arterelor retiniene.

Salus (1920) a observat că după ciclodializă escavația glaucomatoasă a papilei se umple prin proliferarea țesutului de susținere și crede că prin edemul retrobulbar al nervului optic se poate produce și împingerea înainte a lamei ciuruite.

Cords (1921) studiind evoluția simultană a flebitelor juvenile a vinei centrale a retinei cu papilita și glaucomul, descrie cazul unei fete de 15 ani, care a prezentat un scotom unilateral, urmat de fenomene de nevrită optică și apoi de glaucom care l-au determinat să facă enucleația. Examenul histologic al ochiului enucleat l-a arătat că prezenta papila escavată, umplută cu un țesut tânăr, bogat celular și vascularizat, în alcătuirea căruia nu a putut să precizeze cu cât a participat fiecare în parte retina și țesutul granulat neoformat. Acest țesut se extindea în jurul papilei sub forma unei membrane preretiniene, care se subția progresiv spre periferie. Din ea și în special din dreptul papilei pornea spre vitros un țesut granular tânăr, care avea strânse legături cu țesutul din jurul vaselor papilare, în timp ce în peretele vinei centrale a retinei exista un nodul limfold proeminent în lumen.

După 47 ani dela aceste studii, care rezumă toate cazurile având asemănări anatomo-clinice, mai mult sau mai puțin apropiate cu cazurile noastre, *Salzmann* (1939) publică, cel din urmă, un studiu referitor la proliferarea conjunctivă prepapilară în glaucom și la legătura ei cu retinita proliferantă. Studiul său se bazează pe examenul anatomo-clinic a 19 cazuri.

Cazul 1, privitor la o femeie de 39 ani este al unui glaucom emoragic secundar unor tulburări circulatorii oculare, în examenul histologic al căruia notează existența unei proliferări conjunctive prepapilare, care prin structura și întinderea sa părea a se găsi în stadiul incipient. Cazul era însoțit de puternice alterații vasculare mai vechi.

Cazul 2 se referă la o femeie de 74 ani, care prezenta tulburări circulatorii oculare recente, cu emoragii retiniene și o proliferare conjunctivă prepapilară puternic dezvoltată, de dată mai veche.

Cazul 3 este al unui bărbat de 71 ani, care s'a prezentat sub aspectul unui glaucom secundar în faza absolută și pentru care autorul nu a putut stabili dacă a

început cu fenomene de tromboză, emoragiile neocupând primul plan, nici chiar la nivelul proliferării conjunctive preapilare.

Cazul 4 este al unei femei de 62 ani, care prezenta un glaucom secundar consecutiv unor vechi tulburări circulatorii. Emoragiile cazului nu erau atât de întinse și de numeroase ca în tromboza vinei centrale a retinei și nu existau deloc în preajma proliferării conjunctive preapilare.

Cazul 5 se referă la un bărbat de 51 ani, la care ivirea unui glaucom compensat la cel de al doilea ochi dovedește autorului că și ochiul enucleat trebuie să fi avut un glaucom, încât conchide că alterațiile vasculare și proliferarea conjunctivă preapilară a cazului erau secundare, ultima chiar fiind de dată recentă.

Cazul 6 este al unei femei de 68 ani, care prezenta mari asemănări clinice cu datele cazului 5, de care se deosebea numai prin o dezvoltare mai puternică a proliferării conjunctive preapilare.

Cazul 7 este privitor la un bărbat de 77 ani cu glaucom compensat, la care proliferarea conjunctivă preapilară era slab dezvoltată și rămasă în stadiul incipient.

În toate aceste cazuri autorul notează că proliferarea conjunctivă preapilară a pornit din mijlocul escavației papilare, iar în cazurile 3 și 4 a constatat puncte de plecare și din retină, mai îndepărtate de papilă. Autorul mai constată în toate aceste cazuri, că punctele de legătură vasculară ale neoformației cu papila și retina reprezintă punctele sale de origine și nu se constituiesc ulterior și că vasele neoformației, la originea lor din papilă, nu provin din însăși vasele centrale ale retinei și din ramurile lor mai mari, ci din vasele mai fine din jur.

Cazul 8, privind un bărbat de 44 ani, confirmă constatarea de mai sus.

Cazurile 9 și 10 (bărbat de 57 ani și femeie de 79 ani) arată aspectul particular înelar al neoformației preapilare.

Cazul 11 este al unui bărbat de 70 ani și arată începutul unei proliferări conjunctive preapilare sub forma unui nodul în marginea papilei. Autorul crede că leziunea ar fi putut să ia o evoluție inelară.

Cazurile 12, 13 și 14 (bărbați de câte 78, 58 și 42 ani) reprezentau din punctul de vedere al proliferării conjunctive preapilare combinațiuni ale cazurilor descrise mai sus.

Cazurile 15 și 16 sunt variante de proliferare conjunctivă preapilară apărute sub aspectul unor mase nodulare sărite în escavația papilei.

Cazul 17, al unui bărbat de 39 ani, a apărut sub aspectul unui glaucom secundar, cu tulburări circulatorii ale sistemului vascular retinian. El era caracterizat prin extinderea proliferării conjunctive preapilare asupra

retinei și prin întinderea emoragiilor, care proveneau probabil din țesutul neoformat.

Cazurile 18 și 19 prezentau o structură istologică care dovedea că erau proliferări conjunctive preapilare foarte vechi.

Alături de aceste cazuri mai expresive autorul citează încă și alte câteva cazuri, care se deosebesc de cele rezumate mai sus prin lipsa vaselor și prin slaba dezvoltare a țesutului lor conjunctiv, pe care autorul le consideră ca formațiuni oprite la un grad de dezvoltare mai timpuriu.

Din analiza bibliografică de mai sus, care rezumă toată cazulistica ce are, sau pare a avea legături cu problema gliozelor preapilare, se desprinde un mănunchi de fapte, pe care credem necesar să le relevăm pentru alcătuirea studiului sintetic pe care ni l-am propus să-l facem asupra acestor probleme.

Retinem în prealabil faptul că *glioză preapilară este o leziune cu totul rară*, fiindcă în întreaga literatură nu am găsit-o notată decât de 23 autori în 40 cazuri, iar noi înșine examinând microscopic 30 de ochi enucleați pentru diferite forme clinice ale glaucomului, nu am putut-o constata decât în două cazuri. Observăm de asemenea că o dezvoltare atât de accentuată a leziunilor ca în cele două cazuri personale nu a fost notată în literatură decât într'un număr cu totul redus de cazuri, în restul cazurilor publicate leziunea umplând numai parțial escavația, sau fiind abia schițată. În nici unul din cazurile publicate însă, leziunea nu a luat extensiunea pseudo-tumorală analoagă celei din observația II.

Se remarcă apoi că *glioză papilară a apărut într'un procentaj aproape egal la cele două sexe și cu o foarte ușoară predominanță la femei*, proporția fiind după indicațiile pe care le-am putut culege din observațiile analizate mai sus de 15 femei și 12 bărbați. Cazurile noastre confirmă această constatare, unul dintre ele fiind un bărbat, iar celalalt o femeie.

Vârsta la care a apărut leziunea a fost de asemenea foarte variată. Ea s'a ivit în adevăr, atât la femei, cât și la bărbați, între 15—80 ani, manifestând totuși o predilecție pentru vârstele trecând de 40 ani.

La femei au fost astfel 4 cazuri până la 40 ani (15, 25, 28 și 39 ani) și 9 cazuri după 40 ani (48, 50, 52, 59, 62, 63, 66, 68 și 74 ani), iar la bărbați au fost 5 cazuri până la 40 ani (17, 22, 34, 37 și 39 ani) și 6 cazuri după 40 ani (47, 49, 51, 66, 71 și 77 ani), pentru ca dintre cazurile noastre femeia să aibă 25 ani, iar bărbatul 68 ani.

De o importanță deosebită ni se pare faptul că *glioză preapilară s'a ivit aproape în totalitatea cazurilor în cursul evoluției unui glaucom și numai excepțional însoțind complexul simptomatic al retinitei proli-*

ferante. Tot atât de interesant ni se pare și faptul că ea a apărut în marea majoritate a cazurilor în cursul glaucomului secundar unor variate afecțiuni oculare (în 25 din cazurile notate în revista bibliografică de mai sus) și cu mult mai rar în cursul glaucomului primitiv (în 12 cazuri). Cazurile noastre confirmă de altfel pe deplin această constatare, ambele apărând în cursul evoluției unor glaucome secundare.

Tipul de glaucom secundar în cursul căruia s'a notat apariția gliozei prepapilare a fost de asemenea foarte variat. Ea s'a ivit astfel în glaucomul secundar care însoțea: o arsură gravă conjunctivală cu simblefaron (cazul 1 al lui *Hippel*), leucomul aderent al corneei (cazul lui *Behr* și cazul 19 al lui *Hippel*), stafilonul cornean (cazul lui *Gama Pinto* și cazul 6 al lui *Hippel*), gravă (cazul lui *Bown-Posey* și cazul 5 al lui *Hippel*) irido-ciclicită traumatică (cazul lui *Kampferstein*), irido-dializa traumatică (cazul lui *Banholzer*), luxația traumatică a cristalinului (cazul 8 al lui *Hippel*), cataracta (cazul lui *Axenfeld-Krukenberg* și cazul 3 al lui *Hippel*), corio-retinita (cazul lui *Rocher*), retinita albuminurică (cazul *Römer*), melano-sarcomul coroidian (cazul 18 al lui *Hippel*), abcesul vitrosului (cazul lui *Sattler*), staza papilară (cazul lui *Moauero*), papilita (cazul lui *Webster Fox-Brailey* și cazul lui *Bietti*), nevrita optică (cazul lui *Cords*), tulburările vasomotorii oculare (cazurile, 1, 2, 4 și 17 ale lui *Salzmann*), tromboza vaselor centrale ale retinei (cazul 3 al lui *Salzmann*), iar în ambele noastre cazuri, ea a apărut în cursul glaucomului secundar care însoțea periflebita bifurcată a vînelor centrale ale retinei.

Asupra aspectului clinic, oftalmoscopic, al gliozei prepapilare aproape că nu se găsesc date citate în literatura cazurilor studiate, deoarece leziunea a fost descrisă ca o simplă descoperire microscopică întâmplătoare. Lucrul este de altfel de înțeles, pentru că în marea majoritate a cazurilor a fost vorba de o leziune apărând în interiorul unor globi puternic desorganizați, care nu au mai permis examenul fundului ochiului din cauza opacității mediilor refringente. Într-o altă parte din cazuri, în care examenul oftalmoscopic a fost încă posibil înainte enucleării, autorii au insistat asupra faptului că nimic din aspectul fundului ochilor nu a trădat existența acestor manifestări prepapilare (cazul lui *Römer* și cazul 5 al lui *Hippel*), iar altele că a coincis numai cu escavația papilară glaucomatoasă (cazul 1 al lui *Behr*, cazul 5 al lui *Gilbert*, cazul lui *Kampferstein*), constituind în ambele împrejurări adevărate surprize histologice și denotând în toate aceste ocazii transparența neoformațiunii papilare. Constatăm

în fine, că o altă categorie de autori au notat coincidența leziunilor histologice de glioză prepapilară cu acelea ale tablourilor oftalmoscopice ale papilitel (*Bietti*), nevritei optice (*Cords*), stazei papilare (*Webster Fox-Brailey*, *Moauero*) și al nevro-retinitel (*Römer*), iar alții cu acele al retinitei proliferante (*Banholzer*, *Purtscher*). Dintre cele două cazuri ale noastre, primul nu ne-a permis examenul oftalmoscopic din cauza tulburării mediilor, iar al doilea ne-a prezentat un aspect oftalmoscopic pseudo-tumoral cu totul aparte și nedescris încă. Glioza prepapilară a acestui ultim caz s'a prezentat în adevăr sub aspectul unei neoformațiuni ovale verticale, cu conturul precis limitat, de culoare gălbui-roză cearoasă, dela periferia căreia porneau cordoane albe strălucitoare, care iradiau pierzându-se însensibil în vitros. Neoformația prezenta în dreptul axului său vertical striatii albe strălucitoare paralele, de o parte și alta a căroră răsăreau din adâncul său trunchiuri vasculare, care se răsfrângeau ramificându-se din ce în ce mai fin către periferia sa. Neoformația apărea astfel, în totalul său, sub aspectul unei frunze cu nervurile sale.

Considerăm acest aspect oftalmoscopic al gliozei prepapilare drept expresiunea sa clinică cea mai caracteristică, iar prezența cordoanelor albe strălucitoare, care iradiază dela periferia neoformației spre vitros, constituie pentru noi sublinierea naturii sale glioale pseudo-tumorale, fiindcă aceste prelungiri care ancorează în vitros s'au evidențiat și la examenul histologic al primului nostru caz, iar pe de altă parte le-am găsit notate și în relatările histologice ale totalității cazurilor publicate până acum. Din acest punct de vedere este mai mult ca probabil că, acei dintre autori care la examenul oftalmoscopic al cazurilor lor nu au notat nicio manifestare particulară, au avut în realitate de a face cu cazuri de glioză prepapilară incipiente, care nu depășiseră nici nivelul nici limitele escavației papilare, spre a căpăta astfel o expresie clinică deosebită; că acei dintre autori care au notat coincidența gliozei prepapilare cu manifestări de papilită, nevrită optică și stază papilară, au făcut în realitate o interpretare oftalmoscopică eronată a alterațiunilor papilare constatate și că în fine, acei dintre autori care au notat coincidența leziunilor histologice de glioză prepapilară cu aspectul clinic al retinitei proliferante, au comis o confuzie de diagnostic cu cazurile de glioză prepapilară care depășiseră limitele papilare, pentru a se extinde pe distanțe variabile după cazuri pe suprafața internă a retinei, adică așa cum o dovedește examenul histologic, atât în majoritatea cazurilor descrise, cât și în cele două cazuri personale.

(Continuarea în numărul următor)

EUPHYLLIN

peste 700 de publicațiuni dovedesc înalta și valoare terapeutică la

boli cardio - vasculare

Ambalaje: Fiole i. v. Tablete
Fiole i. m. supozitoare



Byk - Guldenwerke Chemische Fabrik A. G. Berlin

Probe și literatură prin :

Loew & Co. S. A. Sibiu

Uricedina

in tratamentul bolilor de nutriție cum sunt: Guta,
reumatismul, sciatica, boli de rinichi, afecțiunile
vezicii urinare, boli ale ficatului și ale căilor biliare,
atonie intestinală, obezitate.

Reprezentanță:
Loew & Co. S. A.
Sibiu

J. E. Stroschein, Chemische Fabrik K. G.
Berlin SO 36



Impotriva turburărilor menopauzei

Klimakton «Knoll»

Influențând simultan sistemul glandular și cel nervos, modificările fiziologice ale organismului devin suportabile.

Tuburi cu 20 dragee
Flacoane cu 50 dragee

De 3 ori pe zi câte 1-2 dragee;
se vor înghiți nemestecate.



KNOLL A.-G.
LUDWIGSHAFEN/RIN.

Eșantioane și literatură prin:
»KNOLL« S.A.R.
Produse chimico-farmaceutice
Str. Atena 29, București III.



Insuficiența velo-palatină congenitală însoțită de turburări în ingestia lichidelor

de

G. Buzoianu, I. G. Russu și I. Ambruș

Bolnava Anisla V. în vârstă de 24 ani s'a prezentat la consultațiunile clinicei O. R. L. din Cluj-Sibiu în ziua de 15 Septembrie 1941 prezentând turburări importante în vorbire.

La prima impresie această bolnavă în felul cum se exprimă ne face să ne gândim la prezența unei guri de lup cu atât mai mult cu cât ea ne mărturisește că defectul său de vorbire există din naștere.

Vocea sa și modalitatea intonației sunt întru totul asemănătoare aceleia pe care o prezintă bolnavii care au o fisură congenitală a vălului și deci o comunicare anormală între fosele nasale și cavitatea bucală. Rezonanța bucală este foarte pronunțată ca și când cuvintele ar scăpa în interiorul nasului.

Examinată această bolnavă constatăm că palatul moale și tare este intact, că nu prezintă nici o fisură, nici o perforație și nici o paralizie. Vălul moale se ridică perfect în sus când bolnava pronunță o vocală, atât numai că această ridicare este insuficientă ca să oblitereze complet comunicarea normală dintre rino-faringe și buco-faringe. Între marginea posterioară a vălului și peretele faringean posterior rămâne un spațiu important, care face ca în timpul vorbirii vocea să capete o rezonanță nasală prea exagerată. De aici felul vorbirii sale nasale. Expresia populară românească pare să fie aceea de voce sau „vorbire fonfanită”.

Bolnava mai prezintă încă absența celor patru dinți incisivi superiori, absență care accentuează defectul fonațiunii sale deoarece vârful limbii nu mai are la ea reazimul necesar în această parte în timpul vorbirii.

Ne-am aflat în fața acestor bolnave în prezența afecțiunii asupra căreia Lermoyez se pare a fi atras primul atenția și pe care el a numit-o „insuficiență velo-palatină”.

Insuficiența velo-palatină sau boala lui Lermoyez este caracterizată printr-o lipsă de dezvoltare în lungime a vălului palatin. — În contracțiile de ridicare vălul nu mai poate oblitere bine deschiderea dintre rino și buco-faringe în timpul vorbirii, de unde caracterul de rezonanță nasală exagerată pe care vocea unui astfel de bolnav o are. De unde încă posibilitatea în unele cazuri de insuficiență velo-palatină exagerată, ca lichidele să reflueze pe nas în timpul ingestiei faringiene

dacă bolnavul apleacă înainte capul. Acesta este cazul bolnavei noastre. Insuficiența sa velo-palatină îl produce nu numai o fonațiune nasală exagerată ci și turburări în ingestia lichidelor. Adesea când îngerează lichide, dacă nu este precaută ca ingestia să se facă fără pripă, ele apar la nivelul narinelor.

Acest defect se accentuează când bolnava apleacă în față capul.

Lipsa de dezvoltare a vălului este datorită în realitate unui palat osos insuficient dezvoltat și nu unei lipse de dezvoltări reale a vălului moale. Palatul tare, osos, este cel care nu este crescut cât trebuie, nu vălul moale, fapt constatat și la bolnava care face obiectul acestor lucrări și confirmat de d-l profesor Aleman care de-așezment a examinat această bolnavă.

Insuficiența velo-palatină are grade diverse în manifestările sale clinice pentru că și gradul anomaliei sale este variabil. În insuficiențele velo-palatine mari, vocea are o puternică rezonanță nasală, lichidele pot reflua la nivelul narinelor. În insuficiențele velo-palatine mici când anomalia este puțin dezvoltată, fonațiunea capătă o rezonanță nasală puțin evidentă, ingestia faringeană a lichidelor nu este deloc turburată.

În fața unei insuficiențe velo-palatine trebuie să eliminăm cele două afecțiuni care pot determina aceleași simptome: fisura vălului și paralizile velo-palatine. Pentru ambele afecțiuni este necesară buco-faringoscopia și inspecția bolții palatine cu observarea mobilității vălului moale în timpul fonațiunii.

Insuficiența velo-palatină este o afecțiune rară. Este primul caz pe care-l întâlnim în mod sigur, în sensul că prezintă o scurtare importantă a vălului și deci o turburare accentuată a vorbirii. Unele insuficiențe velo-palatine mici pot trece de altfel înobservabile dacă explorarea nu este efectuată în mod atent în această direcție.

Deși rară afecțiunea merită să fie cunoscută atât de laringologi cât și de stomatologi. Și unii și alții au posibilitatea să observe astfel de cazuri. Merită să fie cunoscută pentru a o putea diagnostica precis întâiu, apoi pentru a-i administra un tratament potrivit. Căci și unii și alții ar putea să-i aplice diverse tratamente fie neconvenabile fie din acele care pot chiar să accentueze defectul fonațiunii.

În adevăr cel mai indicat tratament al acestor boli este alcătuit din exercițiile ortofonice. Bolnavii trebuiesc

obșnuți să pronunțe corect, pe cât posibil corect. În câteva săptămâni ei ajung să-și modifice vorbirea făcând-o prin ajutorul exercițiilor mai clară, mai evidentă, mai inteligibilă, mai corectă.

Nici un medic din acel din care au examinat bolnava noastră înainte nu i-au prescris aceste exerciții care alcătuiesc elementul fundamental al tratamentului. Din contră: s'au executat mici intervenții nasale care au lărgit și mai mult culoarele foselor nasale accentuându-l astfel timbrul nasal al vocii. În insuficiențele velo-palatine din contră o relativă obstrucție nasală neutralizează în parte defectul de rezonanță exagerată a acestor cavități în timpul vorbirii. De aceea la astfel de bolnavi micile malformații endonasale trebuiesc în general lăsate în pace.

În fine stomatologic s'ar putea medita la lungirea operatorie a vâului moale operațiune care stă deopotrivă în competența laringologului. Intervenția aceasta este însă contraindicată deoarece vâul rezultat este obișnuit rigid, fără mobilitatea unui vâ normal.

Obvlerea defectului de rezonanță este ori nulă ori prea mică.

Operațiunea se execută ca și în cazul fisurilor printr-o decolare a mucoasei de pe palatul tare.

În fine este locul să amintim tot aici că injecțiunea de parafină sub mucoasa peretelui posterior faringean în dreptul vâului pentru a efectua astfel o proeminență la acest nivel și a diminua în felul acesta deschiderea anormală între rino-faringe și buco-faringe este încă contraindicată. Parafina sub mucoasă devine un corp streln iritant putând încă da ulterior naștere la parafinome. În schimb neutralizarea defectului fonator este de neapreciat fără asocierea exercițiilor ortofonice.

Exercițiile fonatorii pe care bolnava noastră le-a efectuat în clinică timp de aproape două săptămâni i-au dat posibilitatea să se convingă de ce imensă importanță sunt aceste exerciții pentru defectul ei.

Bolnava singură și-a dat seama că trebuie să pronunțe altfel, că trebuie să albe o altă atitudine vocală cu o sforțare minimă în realitate. Progresele acestor exerciții au fost foarte evidente. Mai mult de cât noi, bolnava a fost mulțumită de modificările imprimate felului său de a vorbi. A rămas ca punerea protezelor dinților lipsă, să întregască ameliorarea defectului său în pronunțare.

Din expunerea observațiunii clinice de mai sus constatăm că ne-am aflat în fața unui *grav defect al vorbirii datorit unei anomalii velo-palatine de origine congenitală; că tratamentul afecțiunii denumită insuficiență velo-palatină consistă în exerciții ortofonice care dau ameliorări foarte importante; că insuficiența velo-palatină accentuată se poate însoți de refluarea lichidelor pe nas în timpul ingestiunii lor.*

Concomitent cu această bolnavă am avut în clinică o altă bolnavă care prezenta o gomă ulcerată luetică a marginii posterioare a vâului palatin moale. În perioada în care această gomă începuse să se accentueze după efectuarea unei serii de opt injecții bismutice, țesuturile sfacelate ale gomei s'au detașat lăsând un vâ prea scurt. Fără a acuza turburări de rezonanță nasală exagerată ca în cazul observațiunii precedente, această ultimă bolnavă ne-a realizat sindromul insuficienței velo-palatine câștigat: vocea i-a devenit mai nasală ca timbru, iar în timpul ingestiei lichidelor, dacă menținea capul mai aplecat în față, acestea reflauau și la ea pe nările. La inspecția buco-faringoscopică însă marginea posterioară a vâului apărea cicatricială și modificată, lueta era absentă iar cele două arcuri ale marginii posterioare ale vâului erau contopite într-o margine unică îngroșată. La insuficiența velo-palatină reală de origine congenitală marginea posterioară a vâului are aspectul normal. Lueta este prezentă. Arcurile palatine de formă obșnuțită. Scurtarea vâului este datorită scurtării scheletului palatin și nu a membranei velo-palatine însăși, pe când în insuficiența velo-palatină câștigată, scurtarea vâului este datorită însăși unei amputări a vâului moale la nivelul marginii sale posterioare.

Insuficiența velo-palatină congenitală este capabilă să producă desperarea părinților, în familiile în care ea poate fi observată, dacă nu se recurge la timp la exercițiile ortofonice și dacă din contră ignorându-se această afecțiune se execută ablația unui buchet adenoidian al cărui rol aici este să împiedice în oarecare măsură prea marea deschidere rino-faringeană. Când știm cât de dificile sunt plastile vâului palatin și când știm mai ales că rezultatul lor poate fi obținerea unei membrane cicatriciale rigide puțin mobile atunci știm să prețuim ameliorările obținute prin ortofonie. Ele sunt câștigate fără eforturi penibile și sunt destul de evidente ca să mulțumească pe bolnav și pe medic.

RÉSUMÉ

L'insuffisance congénitale du voile du palais accompagnée de troubles d'ingestion des liquides.

On constate dans un cas d'insuffisance congénitale du voile du palais le refoulement des liquides par les fosses nasales, quand la malade tient la tête penchée en avant. La voix nasale de la malade observée était aggravée par l'absence des deux dents incisives supérieures. L'amélioration accentuée de la phonation a été obtenue par des exercices phonétiques simples et on lui a recommandé en plus la prothèse dentaire nécessaire, afin que la langue puisse s'appuyer comme il faut dans les mouvements du langage. On insiste sur la nécessité et l'importance des exercices ortho-phonétiques, supérieurs, par les résultats obtenus dans cette affection, à toute autre méthode thérapeutique.

ZUSAMMENFASSUNG

Angeborene Insuffizienz des Gaumensegels, begleitet von Schlingstörungen beim Trinken.

Bei einem Fall von angeborener Insuffizienz des Gaumensegels, wurde Zurückfließen der Flüssigkeit durch die Nasenwege beobachtet, wenn der Kranke dem Kopf nach

vorne gebeugt hielt. Die näselnde Sprache, welche die Ursache zur Beobachtung der Autoren abgab, war verstärkt durch das Fehlen beider oberen Schneidezähne. Eine bedeutende Besserung des Sprechens wurde erreicht nur durch einfache Sprechübungen, wobei ausserdem noch der notwendige Zahnersatz empfohlen wurde, um das Organ der Zunge in den Sprechbewegungen zu unterstützen. Es wird auf die Notwendigkeit und die Bedeutung der Sprechübungen hingewiesen, die im Erfolg bei solchen Störungen jeder anderen Behandlung überlegen sind.

Biologia știință de cultură și educație medicală

de

Conf. Dr. C. C. Velluda

Biologia clar prin numirea ei arată că e știința vieții, a vieții în stare statică și dinamică.

Medicina se ocupă pe de altă parte și ea cu viața, cu menținerea și prelungirea ei. Strânsa legătură dintre ele reiese dar fără multă insistență.

Viața și tot ce e legat de ea în natura toată ca și pe acest pământ și plantele și animalele și omul care e tot un animal, sunt produsele naturale ale cosmosului. Toate acestea s-au născut, au evoluat și s-au perpetuat sub influența ambianței biologice sau biocosmice. Ele nu se pot sustrage lui, căci sunt confundate în mediul din care fac parte, ca celulele corpului în mediul său interior, pentru a utiliza această expresie a lui *Carell*. După cum aceste celule nu pot evolua eficient în afară de corp, tot așa și aceste organisme nu pot trăi înafara mediului care le-a produs.

Plăcerea pe care o simte omul în natură, mai ales când primăvara îi aduce și plantelor și lui noi impulsuri de viață, oriunde s'ar găsi în ea, ca și influența nevăzută a diferitelor radiații care-l învăluiesc, toate ne arată strânsa lui legătură cu acest mediu, care nu e decât o înălțare de fenomene naturale de care e legat și omul.

Pentru ce atunci să izolăm omul, să-l scoatem ca pe un sămbure din fruct, să-l studiem aparte, fără să ținem seama de fructul care l-a născut, din care face parte și fără de care nu are existența și nici sens a exista? Sau a împinge și mai departe lucrurile, în a studia diferitele elemente ale sămburelui, coaja, albumenul, cotiledoanele, fără a ne preocupa restul sămburelui și de loc fructul sau pomul care l-a produs?

Studiind intimitatea structurală sau a fenomenelor fizico-chimice a oricărui din aceste elemente, n'am progresa de loc dacă nu am face legătură cu întregul organism respectiv. Cam așa se întâmplă azi cu studiul omului din punct de vedere medical. Specializarea peste măsură a depășit orice limită. Acest fel de a se

înțelege azi medicina, nu mai e știință, e empirism și comerț, iar prin abuzul specializărilor nejustificate și a folosirii peste măsură a laboratoarelor și a aparatelor, medicul s'a depărtat cu totul de la acel spirit de observație indispensabil lui, iar cultura lui generală a scăzut în toate direcțiile, și medicală, și biologică, și filosofică, atât de necesare totuși toate, unui medic care are a trata și fizicul și spiritul bolnavului și nu a organelor. Ca specialist cu multe aparate el nu mai are nevoie a ști atâtea, căci ceilalți specialiști îl puteau lămurii asupra restului organelor.

Practic vorbind specialitățile sunt folositoare, au efecte însă limitate căci fiind fără multă legătură unele cu altele, organismul omului suferă și suferă ca tot și nu ca parte; căci organele sunt părți dintr'un întreg și pentru a le cunoaște trebuie să ne referim la acest întreg, căci ele influențează tot întregul după cum acesta influențează pe fiecare în parte. Nu putem influența nici o parte fără ca să resimțim totul. Reflexo-terapia, acupunctura, reflexele condiționate, influențele psihice de tot felul, cu acțiunea lor asupra întregului organism sunt câteva exemple pe care le amintesc în atâtea altele la fel.

Cel vechi, care trăiau în plină natură, judecau mai general, modelul judecății lor era interdependența fenomenelor și armonia dintre ele, pentru că însăși natura se prezintă astfel și omul era un produs al ei. Admirabilul lor spirit inductiv și cel de observație pe care și le-a format prin observația mediului biologic în care trăiau, reiese clar din toate operele lor. Operele lui Pitagora, Hipocrate, Aristotel și Galien, sunt bazate pe intuiție și observație în mediul naturii. De aceea multe din învățăturile lor persistă de 2500 ani, în mijlocul atâtor altora câștigate între timp cu microscopul și tehnicile cele mai perfecționate.

Pythagora care afirma unitatea fundamentală a vieții și proclama necesitatea unei vieți armonioase în

acord cu însăși ritmul naturii nu făcea decât să indice drumul pe care trebuia să-l urmeze adevărata medicină. Și *Hipocrat* care a învățat în perioada celei mai sublime epoci din istoria omenirii, în epoca libertății gândirii și frumosului, în timpul lui *Pericle*, *Praxitele* și *Phidias*, își rezumă percepțiile lui despre sănătate prin restabilirea echilibrului ordinii și armoniei organice. „Cunoaște-te pe tine mai înainte” învăța *Socrate* și *Hipocrate* se cunoștea și pe el și natura din care făcea parte și de aceea entuziasmat spunea „nu e de loc diferență între filosofie și medicină, iar medicul filosof este asemănător lui Dumnezeu”.

Toate marile descoperiri în medicină ca și cele de care profită medicul sunt făcute de mari biologi, *Pasteur*, *Claude Bernard*, *Paracelse*, *Hervey*, *Darwin*, *Lamarck*, pentru că cunoștințele lor de biologi erau de largi orizonturi și judecata lor îmbrățișa întreaga problemă pe care o priveau în legăturile ei firești cu mediul. Cu toate că *Pasteur* și *Claude Bernard* au fost analitici și reprezentanții cel mai eminenți ai științei experimentale, ei erau în același timp și spiritualiști. Cercetările experimentale se rezumă spunea *Claude Bernard*, pe un triplu sprijinit pe *sentiment*, *rațiune* și *experiență*, „sentimentul are totdeauna inițiativa” iar *Pasteur* scria „la începutul cercetărilor experimentale asupra unui subiect determinat, imaginația trebuie să dea aripi gândirii” (din „*Les idées creatrices dans l'évolution de la médecine*” par A. Brunei).

Biologia prin cunoștințele ei multiple formează gustul de a cunoaște deschizând orizonturi din ce în ce mai întinse și în același timp ascute și judecata spre generalizarea fenomenelor. Din acest punct de vedere nicio disciplină nu-ți formează spiritul și nu educă mentalitatea spre a privi adevăratul aspect al unui fenomen ca biologia, căci la baza tuturor fenomenelor ei se găsește însăși una din multiplele manifestări ale vieții, esența acestor discipline.

Studiind mai mult inductiv, adică plecând dela fapte de observație, adunate și verificate prin contactul continuu cu natura, pentru a stabili un adevăr ea formează și spiritul de observație, și gustul de cercetare și de cunoaștere, satisfăcând curiozitatea prin muncă și lărgind în același timp orizontul cunoștințelor, pentru că îmbrățișează toate manifestările vieții. „În biologie ca și altele trebuie să adunăm fapte” spunea *Buffon* și prin adunarea de fapte te cultivi în toate domeniile, iar prin compararea faptelor adunate îți formezi simțul critic, singurul care te poate duce la cunoașterea unui adevăr, după ce tot prin el a-ți eliminat tot ceea ce ai fi fost inclinat să accepți poate prea ușor și prea subiectiv.

Vieța despre care se ocupă și biologia și medicina este foarte complexă în esența ei și de aceea greu de definit. Un fapt este necontestat, existența a doi factori: pe de o parte ființa vie, iar pe de altă parte

mediul în care se dezvoltă și evoluează aceste ființe. Grație mediului, energia vitală își organizează și determină o formă, modificările mediului influențează forma, iar energia vitală înafara mediului nu formează viața ci e susceptibilă numai a o forma. De aceea *Le Dentec* reprezintă viața prin formula $A \times B$.

Nu ne interesează aici a studia esența vieții, dacă ea e de origine fizico-chimică, sau are o origine înafara materiei cunoscute și supuse legilor biologice, constatăm numai interdependența strânsă între formă și mediu.

Mergând mai departe constatăm de asemenea că din punct de vedere a formei, toate viețuitoarele sunt o asociație de unități pe de o parte anatomice și pe de altă fiziologice, fiecare din ele cu formă sau funcțiune aparte dar toate dependente una de alta. Între acestea există o armonie funcțională perfectă, constituind activitatea vitală. Această activitate e specifică ființelor, omului și chiar individului. Mediul în strânsă legătură cu forma, este foarte variat și variază mereu, intim legat de influențele cosmice. Variațiile continuu ale mediului, se resimt adânc în activitatea vitală a ființei, iar dacă acesta s'a depărtat prea mult dela constituția lui primitivă care a născut forma, forma însăși se resimte. Schimbările treptate sau chiar bruște dar persistente pot influența după unii biologiști (*Lamarck*) până într'atât forma, încât aceasta nu mai prezintă aceleași caractere ca aceea dela care a plecat, ci se nasc astfel forme noi.

Nu ne interesează mai mult acestea, le-am dat totuși ca o exemplificare a raportului dintre formă și mediu, elemente capitale în Biologie și de care medicina trebuie să țină seamă, căci organismului uman i se aplică și lui aceleași legi biologice ca oricărui animal, oricât am dori în orgoliul nostru să ne sustragem acestei categorii.

De aceea legile după care funcționează ființele vii trebuiesc bine cunoscute, căci ele sunt aceleași și pentru omul sănătos și pentru cel bolnav.

În alcătuirea lor acestea formează un tot armonic care are în vedere nu părți din organe ci organismul în întregime.

Ceea ce constatăm noi ca fenomene locale, nu au o valoare decât pentru noi care nu cunoaștem mai mult, ele sunt însă generale, căci toate organele între ele sunt solidare în ce privește funcțiunea lor. Nu există fenomene locale decât în ignoranța noastră și pe măsură ce această ignoranță diminuează, pe aceeași măsură apar și legăturile firești între ceea ce se considera local și întreg organismul. Până în ultimul secol și chiar mai recent, până azi încă, spiritul medical era îndreptat și preocupat numai de anatomia microscopică, ridicată la dogmă în patologie, mai ales de *Virchow*. Se uitase

„*prodigioasa unitate a mecanismului vital*” (Le Dentec) pentru a explica totul prin leziunea constatată în organ. De aci o continuă ceartă între diferitele școli, ca cea dela Paris de exemplu organicistă, cu cea din Montpellier pentru care starea generală prima totul, sau între școala franceză și cele latine în general care erau mai mult pentru unitatea fenomenelor și cea germană la care majoritatea facultăților erau organiciste și în mare parte au rămas și azi (Grasset). De sigur că juca mare rol și spiritul latin mai sintetic față de cel german mai analitic. Descoperirile microbiologice au arătat încetul cu încetul organicistilor, originea generală a multor maladii considerate ca locale.

Când se studiază de asemeni în anatomie de exemplu, organele sau în fiziologie funcțiunile, necesitatea didactică pe de o parte, ignoranța noastră pe de alta, face ca să clasificăm prea localizat funcțiunile și să le legăm de anumite organe, fără să ne gândim că funcțiunea nu se face numai prin organul respectiv, ea fiind în realitate determinată de o întreagă aparatură și funcțiuni înafară lui.

De sigur că progresele fiziologice dislocă treptat și sigur vechile concepții anatomice pentru a evidenția din ce în ce funcțiunea legată de complexe de organe; iar anatomia azi nu mai e anatomia formei ci cea a funcțiunii, transformându-se în Anatomia funcțională și Anatomia omului viu și nu a celui mort.

Plecând deci dela vleață, formă, mediu, am ajuns așa dar la funcțiune și la armonia lor într'un organism. Acestea se referă la toate ființele în general, dela protozoare a căror funcțiuni nici nu ne dăm seama cât sunt de complexe, până la om a cărui complicație atinge maximum. *Toate acestea care nu sunt decât manifestările vieții legate de formă și influențate de necunoscutele mediului biocosmic, ne sunt relevate prin Biologia generală și specială a căror fundamente ne sunt absolut necesare pentru a interpreta și deslega un fenomen, legat după cum vedem de atâtea altele.*

Studiind acum din alt punct de vedere omul, i-l putem considera fie în raport cu trecutul lui foarte departat de animal, adică cu originea și evoluția lui până la „*homo sapiens*”, fie ca specie umană fixată, cu vleața și caracteristica lui proprie, așa cum se prezintă azi înafară de orice origine evolutivă.

Vorbim în primul caz de o „*Biologie generală*” eventual de „*Istoria omului*”, în care omul ca animal s'a supus tuturor legilor despre care se ocupă această disciplină. În al doilea caz, caracteristica evoluției la care a ajuns omul azi, când grație creierului său și-a creat un mediu propriu sustrăgându-se în mare parte celui general care influențează tot restul animalelor, a împus

necesitatea creerii unei discipline aparte „*Biologia Umană*” care să țină seamă și de ceea ce separă pe om de animale ca: morala, vleața socială, puterea sa de judecată, voința sa, etc. Ambele sunt tot așa de importante și de necesar de cunoscut în studiul omului.

Etapele pe care le-a parcurs el ca dela animal să se ridice la „*homo fosilis*”, de aci la „*homo faber*” și apoi la „*homo sapiens*”, caracterele lui comune cu animalele, resturile morfologice, fiziologice și psihologice ale acestui trecut, pe care le mai putem în parte sau din când în când găsi la omul de azi, sau cunoașterea strămoșilor lui de acum sute de mii de ani, sunt cunoștințe tot atât de folositoare pentru medic ca și celelalte. Amintesc numai comportamentul atât de apropiat al copilului de animale, încât s'a spus că studiind evoluția copilului, putem descifra evoluția omului și a umanității.

Istoria omului, o ramură din Biologie, care se ocupă cu acestea, trebuie să constituie pentru medic un studiu nu numai plăcut dar și util, căci prin aceasta de multeori ne vom explica o serie de fapte de observație și trage concluzii neașteptate. Atunci când studiem atâtea Istorie, cu ani, cu războaie, cu regi și fel de fel de evenimente fără nicio importanță, care se uită imediat, oare nu e mai necesar să cunoaștem Istoria omului, adică propria noastră istorie?

Legile largi și generale care stau la baza întregii alcătuirii de vleață și de evoluție sunt prea importante pentru a nu le cunoaște, când ca medicii ne ocupăm exclusiv despre om, a cărui existență se datorește lor și a cărui ritm de vleață e strâns influențată tot de ele.

Tot științele Biologice sunt deci acelea care ne indică așa dar filiația lui, legătura pe care omul ca și vleațuitoarele o are cu mediul cosmic și special din care s'a născut, ca și modalitatea de a acționa a acestuia asupra lui.

Biologia care se ocupă despre aceasta, trebuie să constituie fundamentul oricărui medic, ca om de știință, căci medicina după cum spune Barthez „*este însăși știința și arta vieții, este știința omului în totalitate*”. De aceea medicul în primul rând trebuie să fie biolog, altminteri este un simplu meseriaș și de cele mai multeori chiar un robot.

Dar omul s'a separat atât de mult de animalele cu care a evoluat un timp și prezintă unele caractere diferențiale atât de înalitate încât trebuie să-l studiem în cadrul biologiei și ca element aparte.

Există o știință biologică de fundament căci vleața este unitară sub oricare din formele ei. Există însă și o fiziologie vegetală, după cum există și una animală, căci deși în cadrul aceleiași vieți diferențele între acestea sunt mari; prin diferențele mari pe care le prezintă și omul față de restul animalelor, trebuie să existe

1) Grasset: La Biologie humaine — Paris 1818.

2) Le Dentec: Introduction a la Pathologie generale.

și o *Biologie Umană*, după cum există și o fiziologie umană.

Faptul că omul s'a ridicat la poziția verticală, că posedă mâinile și un creier excepțional, l-a scos din animalitate transformându-l la început în „*Homo fossilis*“, apoi „*homo faber*“ și apoi în „*homo sapiens*“ de azi. Puterea de judecată legată de funcțiunea lui cerebrală este însă caracterul de diferențiere biologică cel mai fundamental, acela care a atras după sine toată seria de diferențieri pe care o constatăm la el.

Acest teribil instrument al omului care e creierul lui, l-a făcut să se lupte cu natura și cu legile ei, reușind să le stăpânească și să le schimbe influențele în cea mai mare parte a lor.

De aceea diferitele influențe ale medului, lupta pentru existență, selecțiunea naturală, etc., nu au asupra lui aceeași valoare ca asupra restului celorlalte animale. Mediul propriu și foarte comod creat de creierul lui, le-a modificat atât de mult, încât evoluția lui naturală poate fi deviată dela adevăratul ei sens.

Grație aceleiași judecăți, proprietatea speciei umane de a trăi în colectivitate a suferit modificări profunde față de restul animalelor care trăiesc și ele în colectivitate, căci la om legile biologice cu lupta pentru existență și persistența celui mai apt, departe de a constitui o veșnică luptă, s'au transformat în mare parte în ajutor reciproc, devinând astfel adevăratul sens biologic al vieții în societate. Căci oricât ar susține unii biologiști că și societățile umane organizate își se poate aplica fără niciun corectiv legile biologice generale care conduc viața, trebuie să admitem totuși că societatea în care se dezvoltă omul nu e cea naturală și nestărujenită, adică cea biologică pe care o întâlnim la animale, ci din contra, ea mai ales la civilizații este profund modificată și dirijată de creierul omului, conform civilizației și mentalității lui, veșnic în evoluție. Acesta nu e cazul la animale unde dela început ea se dezvoltă neschimbată, iar legile biologice se aplică nestărujenite în caracterul lor. La om această viață, organizațiile proprii a inteligenței lui, suferă două influențe, a omului în societate adică a relațiilor lui sociale și a societății asupra lui, adică a influenței pe care societatea o produce asupra mentalității lui. Ambele sunt atât de importante încât domină toată evoluția lui.

Idelle morale și religioase nu sunt decât o consecință a acestor vieți și ele au acționat atât de adânc asupra existenței lui că nu se mai pot separa de om.

Ideea de libertate, puterea lui de raționament cu posibilitatea de a-și exercita voința și în baza actelor lui, liberul său arbitru, conștiința despre el și existența lui, puterea lui critică și autocritică, suferințele lui psihice, sunt atâtea caractere umane care decurg din puterea lui de judecată prin mediul propriu pe care și le-a creat. Toate aceste caractere sunt speciale omului, prin ele

acesta se diferențiază de restul animalelor și în studierea influențelor biologice asupra lui trebuie să ținem seama într'atât de ele încât necesitatea unei biologii speciale umane este indispensabilă. Incontestabil că o parte din aceste proprietăți sunt comune și animalelor și omului și biologia generală ține seama de ele, dar între ele diferența este așa de mare că numai putem vorbi de grade ci chiar de esență.

Influența acestora asupra comportamentului omului și asupra fizicului lui sunt incontestabile. Nimeni ca medicul nu simte mai mult necesitatea cunoașterii lor, căci ele sunt acelea care sunt în suferință în multe cazuri, după cum în alte cazuri suferințele corporale nu sunt decât o consecință a suferințelor lor. A neglijența cunoașterea lor este a face un tratament păgubitor. Cine nu cunoaște puterea de viață și influența favorabilă asupra organismului pe care o dau de multeori voința și raționamentul? Ce enormă influență binefăcătoare nu o are credința religiei asupra individului suferind și cât de binefăcătoare sunt pentru bolnav încrederea și speranța.

Elemente toate de ordin psihic, specifice omului, iar medicul de geaba va căuta să trateze fizicul, dacă incult și fără spirit de observație și orizont biologic, acesta a rămas un simplu meseriaș.

Acesta nu poate aduce niciun progres științei medicale, ci el trebuie să fie și un savant de vastă cultură și largi orizonturi, căci numai astfel va putea contribui la progresul acestor discipline. A trata pe un bolnav este a te adresa în același timp și trupului și sufletului, care poate este mai în suferință, sau poate suferința trupului este o consecință a celei a sufletului și invers, sau poate numai sufletul suferă și acest rol greu nu-l poate îndeplini decât medicul cult, medicul care în același timp e și filosof și biolog.

Influențele reciproce a corpului asupra psihicului și a acestuia asupra corpului sunt incontestabile și ele sunt cunoscute de mult timp și dacă filosofia cum se exprimă Oswald Schwatz „considera corpul și sufletul ca două modalități diferite de a fi“ medicina consideră corpul și sufletul ca două modalități ale aceluiasi fel de a fi, căci „o problemă corp-suflet, spune mai departe O. Schwartz, nu există realmente decât în medicină“.

Influențele psihice asupra fizicului sunt multiple și de diferite grade, ele sunt bine cunoscute în medicină.

Noile concepții a tipurilor constituționale puse actualmente pe baze științifice constituie o revoluție după cum se exprimă Viola în evoluția idelilor medicale. Ele de fapt nu sunt decât consecința influențelor reciproce dintre fizic, psihic și funcție. Prin studierea tipului morfologic, ne putem face o idee de celelalte două.

După cum am amintit la mediu, organismul viu suferă continuu influența acestuia, iar tipurile constitu-

tionale nu ar traduce decât reacțiunile de adaptare la mediul care le influențează. Medicii din secolul trecut și chiar de acum 30—40 ani, înainte de a examina bolnavul, studia habitusul lui, adică felul de a se comporta în pat și de multeori se obțineau rezultate neașteptate. Astăzi această observație capătă o valoare și științifică prin existența reală a tipurilor constituționale cu care se ocupă actualmente cei mai mulți biologi.

Freud pe de altă parte ca și Alfred Adler vorbește invers de reacțiunile psihicului la suferințele corporale, de unde depistarea cauzei prin examinarea psihicului și tratarea acestuia pentru vindecarea bolnavului și nu a simptomelor organice.

Aceste două concepții ambele sunt perfect justificate prin existența strânsă de influențe reciproce între mediu-organism, forma și funcția, fizic și psihic. Așa se explică de ce azi problema tipurilor constituționale preocupă deopotrivă pe medici, psihologi și sociologi și ele nu fac decât să evidențieze în plus cele expuse la unitatea organismului și la cea mediului ambiant.

Aceeași vleață în Societate specială omului când adevăratul sens a unei acțiuni biologice, a fost deviat, pune încă și alte probleme de biologie. Astfel acela care privind societatea în totalitate ca entitate aparte caută să o dirijeze într'un anumit sens biologic, prin selecționarea, înlăturarea sau din contra favorizarea unora din factori. S'a creat astfel o *Biopolitică* (Moldovan) și o *Biologie Socială* (Pende).

Nolle discipline, *Antropologia*, *Biotipologia*, *Biopolitică*, *Biosociologia*, *Raseologia*, elementele de bază a Biologiei Umane, se impun din ce în ce mai mult ca o necesitate conformă cu nolle idei care frământă medicina modernă, nu numai cum s'ar crede pe un teren abstract teoretic și, poate filosofic, ci pe cel eminamente practic a clădirii unui organism sănătos, atât ca individ izolat cât și ca unitate biologică și etnic rasială în colectivitate, familie și națiune.

Medicina după concepția de azi nu poate și nu trebuie să se ocupe numai de individul izolat ci și de colectivitate, căci acesta nu poate fi socotit înafara colectivității din care face parte.

Tipurile constituționale, rasele sanguine, genetica, au amplificat și complectat vechile probleme exclusiv morfologice și somatice. Azi, raportul dintre rasele constitutive ale unei colectivități ca familia și națiunea pe de o parte, dezvoltarea individului pe de altă parte, ca și majoritatea dintre boale și constituția individului sunt probleme care leagă strâns Biologia Umană de Medicină și o scoate din domeniul pur științific al științelor naturale.

Această parte a Biologiei pe care o amintesc numai aici, e prea importantă pentru a ne mulțumi numai cu atât, de aceea vom trata această chestiune mai pe

larg în „*Biologia Umană în cadrul tendințelor medicinii contemporane!*”

Parcursând toată această expunere, tragem următoarele două mari concluzii:

1. Multiplele cunoștințe din toate domeniile pe care trebuie să le poseadă un medic care trebuie să fie și un savant, așa cum titlul de doctor i-l impune.

2. Multiplele probleme în legătură cu cunoașterea omului, care deschide orizonturi medicale noi, pentru studierea cărora avem nevoie de vastă cultură pe care ne-a format-o Biologia.

Tendențele medicinei actuale este tocmai de a scăpa de jugul unui empirism presumțios și agresiv prin clădirea pe baze noi a unei adevărate științe a omului sănătos și bolnav, iar pentru aceasta e chemat a o face medicul savant.

Cei vechi spuneam că din contactul lor continuu cu natura, din spiritul lor de observație și din intuiția lor, au emis o serie de ipoteze asupra omului, a maladiilor lui și a legăturilor lui cu natura, de care noi învățați ultimelor secole am răș.

Am răș și de Alchimisti și de cei care căutau platra filosofală și de Astrologi și de tot ceea ce mințea noastră, formată în laboratoare și biblioteci, refuza să înțeleagă. Nu se potriveau aceste idei cu ceea ce știam noi.

Totuși nolle descoperiri fizico-chimice din ultimul secol, construiește chimia pe bazele alchimiei, a astronomiei pe cea a astrologiei, iar azi platra filosofală nu mai este ceva imposibil, căci transmutația materiei e deja făcută. Descoperirea radiațiilor de tot felul dintre care cele vitale ocupând un loc de frunte, influențele și interinfluențele tuturor asupra ființelor, contribuția lor la manifestările vieții, maladiilor și morții, a făcut ca fenomenelor să li se dea și alte explicații cauzale și să fie căutate în fenomene mai generale, iar ideile filosofice pe care le-au emis acești observatori și inducțivi să nu le mai luăm în răș. Rășul la adevăratul om de știință de azi s'a transformat în gândire. Oare nu e curios și semnificativ că azi prin înaltele cunoștințe dobândite de fizica superioară sau mai bine de biofizică asupra materiei și alcătuirii universului mare și mic, aceasta s'a ridicat dela fizica eminate materialistă și pozitivistă, la metafizica filosofică? Urmând pas cu pas drumul material al experienței, constatăm că s'a dat la lumină adevăruri în fața cărora experiențele s'au oprit, pentru a face loc gândirii filosofice și metafizice. Și rezultatele materialistului prin excelență care este fizicianul, în loc să meargă în linie dreaptă, el vede că a mers în cerc și că atomul descoperit de el, îl prevăzuse intuitiv și filosofic acum 2500 ani Democrit. Materialismul s'a întâlnit astfel cu metafizicul și experiențele au lăsat loc gândirii filosofice și imaginative și din materială, gândirea s'a transformat astfel în spirituală.

Nu ni se pare de asemeni semnificativ că după ce și medicina în decursul ei a trecut prin învățăturile lui Pitagora, Hipocrat și Aristotel, de acum 2500 ani și după ce în interval și-a strâmtat din ce în ce orizontul, până la cel câțiva cm² a-l câmpului microscopic să ajungă azi printr-o specializare rău, incult și antibiologic înțeleasă, de unde a plecat?

Nu ni se pare iar semnificativ, ca și în cazul amintit a Fizicei materialiste care tot evoluând în cunoștințe a ajuns la metafizică, că și medicina plecând dela filosofia încadrării omului în ambianța biosmică și a instituirii unui tratament adecuat, a ajuns și ea tot evoluând în cunoștințe, de acolo de unde a plecat? Mersul ei s'a făcut de asemeni în cerc. Și astfel după cum macrocosmosul s'a întâlnit cu microcosmosul, tot așa idelle de bază plecate intuitiv dela natură și viață s'au întâlnit cu cele căpătate în laboratoare, ceea ce arată că adevăratul laborator de studiu e natura.

Căci ce însemnează azi, sportul, tratamentul cu agenți naturali: soare, lumină, munte, mare, etc., dacă nu același tratament impus vieții de natură, întâlnindu-ne și aci încă odată cu intuiția vechilor medici care trăiau în și cu natura.

Biologia care este și știința vieții este aceea care ne indică adevăratul drum de urmat, iar cunoștințele căpătate în laboratoare în decursul secolelor și care în adevăr au adus cele mai mari binefaceri sănătății omului, nu trebuie să ne depărteze de ea ci din contra să ne apople, iar cunoștințele căpătate de noi coordonate cu cele ale naturii între ele trebuind să existe o armonie.

Medicina, știința omului, știința artelor și a vieții, are de scop final tocmai de a pătrunde misterele omului care sunt și cele ale vieții, idei vechi pe care reamintindu-le *André Brunel* în teza sa le apropie de tendin-

țele medicinei contemporane, căci într'adevăr cu *Cush'ng, Delore, A. Brunel* trebuie să constatăm impasul în care se găsește astăzi medicina ca știință Biologică, la o răscruce de drumuri, cum a caracterizat-o Cushing. Ea se orientează acum mai mult asupra individului sănătos, căci a cunoaște pe acesta și a legilor de sănătate este a cunoaște și pe cele ale boalei.

Nolle idel care preocupă medicina modernă, Cosmobiologia, Tipologia, Biosociologia, Biopolitica, etc., etc. și despre care am vorbit, atrag după ele probleme noi pentru a căror rezolvare se cere vaste cunoștințe și pe care numai Biologia le poate da, căci *Eugenia, Demografia, Raseologia, Genetica*, fac parte tot din ea și medicul de azi trebuie să le cunoască.

Medicina azi, a remarcat Cushing în 1933 la Congresul de Medicină și Chirurgie dela Washington, se găsește la un impas, la o răscruce. Incotro merge ea? Ce va face ea în fața noilor probleme pe care le-a pus civilizația? Răspunsul depinde de gândirea noastră, căci „în lumea spiritului se elaborează directivele care mai târziu conduc activitățile la realizări” și „mare e responsabilitatea gândirii medicale” (Delore).

Cine mai mult ca medicul cult, medicul Biolog, este chemat a indica adevăratul drum și calea adevărului?

Rolul lui de a menține și a prelungi viața să nu și-o închipue incult și fără orizont biologic, că o poate face cu tratamentele individuale care nu a scăzut mortalitatea generală nici cu 1%, cu tot arsenalul de medicamente atât de bogat, ci numai prin ajutorul cunoștințelor de Biologie Umană, prin care numai, se poate depista și ataca cauza adevărată care e mai generală, în însăși mediul în care se dezvoltă o colectivitate și aceasta e acela care trebuie cunoscut și dirijat.

Probleme terapeutice

Tratamentul hemoragiilor intestinale din febra tifoidă cu pectine

de

Conf. **Dr. Ion Gavrilă**
medic primar

Hemoragiile intestinale în cursul febrei tifoide constituiesc o complicație extrem de serioasă, de aceea tratamentul în aceste cazuri trebuie să ne preocupe în mod deosebit. Frecvența hemoragiilor intestinale în această boală după statistica noastră este de 8.67%, pentru că pe un număr de 703 cazuri de febră tifoidă în 61 cazuri am observat enteroragii. Tratamentul esențial în hemoragiile intestinale din febra tifoidă este

următorul: *imobilizarea absolută* a bolnavului la pat, alungit cu fața în sus, se aplică o pungă cu gheață sau comprese reci pe abdomen.

Țimp de 10—12 ore se institue *regim alimentar absolut*, administrăm numai câte puțin ceai cu linguriță. După acest timp trecem la ceai cu lapte, la început 1/2 litru lapte pe zi, diluat cu ceai, luat în mod fracționat. Apoi mărim cantitatea de lapte progresiv și

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

în camere pt. două persoane dela RM 9

în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Backmeister**

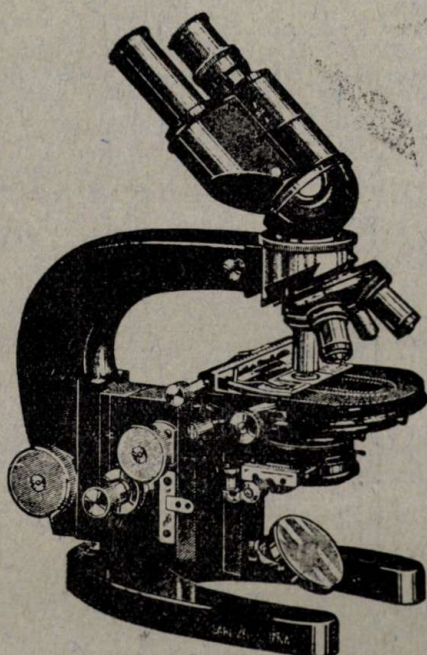
Medic Conducător: **Dr. A. Emmeler**

Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald

Bahnstation Seebrugg (Deutschland)



ZEISS MICROSCOAPE

de construcția cea mai modernă.

**Cu tub de observare oblic
monocular sau binocular, pentru
toate scopurile.**

O caracteristică distinctivă a nouilor microscopice Zeiss, model L. este montarea vizelor micrometrică și macrometrică în partea de jos a microscopului unde pot fi acționate comod și sigur.

CATALOAGE ȘI INFORMAȚIUNI GRATUITE DELA

CARL ZEISS, JENA

Reprezențanța generală pentru România

Societatea Anonimă de Agentură-Comision și Import fost Otto & Alfred Herzog
BUCUREȘTI I, Bulevardul Carol I, Nr. 48



Preventiv In Asthm

o singură comprimată de
Iminol

previne accesul iminent
dacă este luată la timp.

Intrebuițarea comodă

fără acțiune secundară.

Nu produce obișnuință.

Tuburi cu 10 și 20 comprimate

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

mai adăugăm și alte alimente lichide: supe de legume, lichide zaharate. Timp de 15 zile ne menținem la alimentația lactat-hidrică. La început pentru calmarea setei se pot da mici bucăți de gheață pe cale bucală. Pentru *inițierea peristaltismului* intestinal vom administra o injecție de pantopon sau de morfină.

Dela începutul hemoragiilor intestinale un factor important al tratamentului îl constituie *cardiotonicele* pentru prevenirea și combaterea colapsului. În acest scop se administrează veritol, oleu camforat, cardiazol etc.

Pentru *oprirea hemoragiei* se recurge la administrarea diferitelor medicamente cu acțiune hemostatică, mai des sub formă de injecțiuni.

În vederea *înlocuirii lichidelor* pierdute cu ocazia hemoragiilor se fac infuziuni subcutanate cu ser fiziologic, cu preparatul „Tutofusin“, cu ser glucozat intravenos și în cele din urmă transfuzie de sânge, dacă este posibil chiar dela un individ convalescent de febră tifoidă.

Între medicamentele aplicate cu scopul de a opri enteroragia în ultimii 2 ani noi utilizăm de predilecție preparatul de pectină, *Sango-Stopul*.

Deja în anul 1825 *Braconnot* descoperă pectinele, ca făcând parte din constituția plantelor și mai ales a fructelor, ele se găsesc în substanțele intercelulare din vegetale. De aci ele pot fi extrase prin procedee speciale fără alterarea compoziției și proprietăților lor. Pectinele deci sunt substanțe vegetale, ele constituie o componentă normală a alimentației obișnuite, sunt solubile în apă și dau o soluție coloidală, în prezența zahărurilor au proprietatea de a se gelatiniza.

Compoziția chimică a pectinelor a fost precizată definitiv de către *F. Ehrlich*, anume ele sunt compuse dintr'un număr de molecule de acid galacturonic, cu reacția ușor acidă și esterii lor. Pectinele, ca și celuloza adevărată, sunt produse de polimerizare, însă pe când celuloza se compune dintr'o zaharidă, pectina se compune din acid galacturonic, ester al acidului galacturonic.

Rolul pectinelor în terapeutică a fost studiat prima dată de către diverși autori francezi.

Violle, Saint-Rat și Gallier în 1924 au făcut cercetări experimentale la iepuri cu o soluție de pectină. Apoi au aplicat pectina și la oameni, arătând că sub influența acestei substanțe coagulabilitatea sângelui crește într'o proporție însemnată, acțiunea se manifestă la 1—2 ore după administrare și durează 8—12 ore.

Alți autori francezi, care au făcut încercări terapeutice cu preparatele de pectină sunt: *Picot, Marechal, Feissley*. Toți acești autori au pus în evidență acțiunea hemostatică a pectinei și au demonstrat acțiunea ei terapeutică favorabilă în diferitele hemoragii, survenite în bolile medicale și chirurgicale.

Mal târziu s'au preocupat și autorii germani de această problemă, reluând aceste cercetări. Între acești autori primul a fost *E. Gohrbandt*, care în 1935 publică

la congresul german de chirurgie cercetările sale făcute cu o soluție de pectină, pusă în comerț sub numele de *Sango-Stop*. Acest autor a aplicat preparatul sub formă de injecții, aproximativ la 400 de bolnavi chirurgicali în diferite hemoragii postoperatorii, cât și în scop profilactic pentru evitarea hemoragiilor postoperatorii. Rezultatele obținute au fost foarte bune, constatând după două injecțiuni intramusculare de *Sango-Stop* o accelerare cu 40% a coagulării sanguine, mai ales în cazuri cu timpul de coagulare prelungit. Autorul n'a înregistrat niciun accident cu acest tratament, nici tromboză postoperatorie sau vre-o embolie. *Gohrbandt* preferă calea de administrare intramusculară, fiind tot așa de activă ca și cea intravenoasă. În anul 1937 același autor mai comunică o serie de cazuri analoage, unde a aplicat *Sango-Stop-ul* cu acelaș bun rezultat. El mai demonstrează de data aceasta, că acțiunea preparatului se produce deja la 10 minute după administrare și durează 6 zile, ceea ce are o importanță terapeutică deosebită.

O. Riesser (Breslau) 1935 a făcut o serie de cercetări experimentale pe animale, în ce privește acțiunea pectinei asupra coagulării sângelui. A executat aceste cercetări pe cobai, utilizând în acest scop preparatul *Sango-Stop*. Autorul n'a putut constata o acțiune directă a pectinei asupra coagulabilității sanguine, pentru că punând în contact direct soluția de pectină cu sângele într'o eprubetă, nu se constată o coagulare mai rapidă, chiar din contră, se pare că în acest fel coagularea întârzie. Însă administrând *Sango-Stop-ul* la cobai sub formă de injecțiuni sau chiar pe cale bucală, în toate cazurile constată o accelerare a coagulării sanguine, care se produce după un interval de latență variabil și durează multă vreme.

O. Riesser a făcut o serie de cercetări pentru a lămurii mecanismul de acțiune al pectinei asupra coagulării sângelui, ajungând la concluzia, că ea se datorește reacțiunii acide a substanței, deoarece o soluție de pectină prealabil neutralizată rămâne inactivă. Autorul crede, că acțiunea pectinei în organism se produce numai indirect și că substanța real activă se formează numai prin contactul direct al pectinei cu endoteliul vascular (trombokinază?)

G. Sack (1935) utilizează preparatul *Sango-Stop* într'o serie de cazuri patologice cu hemoragii, în special în hemofili: 10 hemoragii gastrice, 7 hemoptizii, 3 hemoragii vezicale, 2 hemoragii intestinale, 6 bolnavi cu hemoragii nazale, dentare etc., 4 bolnavi cu timpul de coagulare patologic mărit. După gravitate a administrat 1—4 fiole *Sango-Stop*, în parte subcutanat, în parte intramuscular. După ce timpul de coagulare a fost readus la normal, s'a continuat tratamentul pe cale bucală, de 4 ori 10 cmc. pe zi. În hemoragiile gastrice și intestinale principal s'a administrat *Sango-Stop* și pe cale

bucală, pentru a produce și o acțiune locală. S'a determinat timpul de coagulare înainte și în timpul tratamentului cu aparatul pentru determinarea coagulării a lui Szabuniewicz. Rezultatele obținute în toate cazurile au fost bune, în special în trei cazuri de hemofilii ereditare și într'un caz de icter cu o prelungire abnormă a timpului de coagulare. S'a constatat o accelerare însemnată a coagulării, aceasta revenind la o durată normală și hemoragia oprindu-se. Preparatul a fost foarte bine tolerat de către toți bolnavii.

H. Feriz (1936) aplică *Sango-Stop-ul* în chirurgie în mod profilactic, injectându-l înainte de operațiuni de strumă, de prostată, de cancer mamar, etc. Apoi administrează preparatul și în injecții sau pe cale bucală și pentru a opri hemoragiile deja produse: hemoragiile gastrice după ulcer, hemoragiile uterine, hemoragiile esofagiene în urma cirozei hepatice. Autorul aplică preparatul și direct pe suprafața sângerândă în hemoragiile rectale, vezicale, apoi în timpul operației, hemoragia poate fi oprită direct prin compresune cu un tampon imbibat în soluție de *Sango-Stop*.

I. Berberich (1936) utilizează acțiunea hemostatică a *Sango-Stop-ului* în specialitatea oto-rino-laringologică. În epistaxis aplică direct în cavitatea nazală un tampon de vată, imbibat în soluție de *Sango-Stop* 5% și în 10 minute de obicei sângerarea se oprește. În cazuri de amigdalectomie autorul administrează preparatul pe cale bucală 3 zile consecutiv, o lingură pe zi din soluția 5% de *Sango-Stop*, în ziua operației face o injecție intramusculară, în timpul operației suprafața operată se tamponează cu tamponi imbibate în soluție de *Sango-Stop* 5%. Autorul aplică preparatul în același fel profilactic și în cursul operațiilor oto-rino-laringologice de altă natură: operații pe nas, urechi, laringe, ajungând la concluzia, că *Sango-Stop-ul* este de un real folos pentru prevenirea și combaterea hemoragiilor din cursul acestor operațiuni.

S. Detrich și H. Oettel administrează pectina sub formă de *Sango-Stop* la un mare număr de bolnavi cu hemoragii de cele mai diferite origini. În cursul acestor cercetări au constatat după injecțiile de *Sango-Stop* o diminuare însemnată a timpului de coagulare și sângerare și în același timp o apreciabilă creștere a numărului de trombocite. Au constatat efectul bun al injecțiilor de *Sango-Stop* în special în cazurile de hemoragii din trombopenia esențială.

A. Cârstea și I. Tănăsescu (1940) au utilizat *Sango-Stop-ul* cu rezultate bune în cazurile de hemoragii ale tubului digestiv, în special ale duodenului și ale colonului, apoi au aplicat preparatul cu rezultate satisfăcătoare și în cazurile de metroragii, constatând în același timp sub acțiunea lui o reducere a timpului de coagulare și sângerare, precum și o mărire a numărului hematoblastilor.

În afară de această acțiune hemostatică, pectinelii revine astăzi un rol și în eficacitatea terapeutică a curelor cu mere rase după Heisler-Moro, după cum și în cura cu pudra de mere, aplona, care se aplică pe o scară foarte întinsă în tratamentul diareelor, în special d-zenteriforme, la copii și la adulți. Acțiunea terapeutică a regimurilor de mere în aceste cazuri este atribuită astăzi tot pectinel din aceste mere și anume proprietăților fizico-chimice ale pectinel, în special proprietăților ei de absorbție și de gelatinizare.

Luând cunoștință din aceste comunicări de acțiunea bună hemostatică a preparatelor de pectină în diversele hemoragii, am început și noi să aplicăm aceste preparate în hemoragiile intestinale, ce se produc în cursul febrei tifoide și care adesea sunt așa de serloase și de greu de stăpânit. Aplicăm în astfel de cazuri de aproximativ 2 ani același preparat, *Sango-Stop-ul*, cu care au lucrat autorii anteriori în diversele împrejurări. Până în prezent am avut ocazia să utilizăm preparatul în 15 cazuri de hemoragii intestinale, survenite în cursul febrei tifoide.

În toate aceste cazuri am adoptat conduita terapeutică indicată la începutul acestui articol, aplicând ca medicament cu acțiune hemostatică preparatul *Sango-Stop* al casei „Turon-Gesellschaft” din Frankfurt a/M.

Sango-Stop-ul se găsește în comerț: 1. În fiole de 10 cmc pentru injecții, conținând ester coloidal acid poligalacturonic 0.30 gr. și clorură de sodiu 0.70 gr.

2. În fiacoane pentru cale orală și rectală, care conține în 100 cmc. ester coloidal acid poligalacturonic 5 gr., clorură de sodiu 0.70 gr.

Dăm mai jos câteva din observațiile noastre, unde am utilizat acest preparat.

Observația I. S. Maria, de 35 de ani, casnică, intră în serviciul de contagioși al Spitalului Public în 15 Noembrie 1940, cu o febră tifoidă de gravitate mijlocie, în a 14-a zi de boală, cu toate simptomele clinice ale febrei tifoide prezente: temperatura continuă 38,5–39,5°, puls 100, stare ușor tifoidă, splenomegalie, meteorism, diaree, rozeole tifice. Reacția de aglutinare Widal pozitivă în sânge, 1/400 pentru bacili tifici. Se instituie tratamentul igienico-dietetic obișnuit, și un tratament simptomatic. Se administrează injecții intravenoase cu urotropină. Evoluția bolii își urmează cursul obișnuit, însă la data de 22 Noembrie, în a 21-a zi de boală, în plină peroadă de stare, face o hemoragie intestinală, elimină aproximativ 300 cmc. de sânge. Pe lângă celalalt tratament obișnuit în aceste cazuri de hemoragii, indicat la începutul articolului, se aplică injecții intramusculare cu *Sango-Stop*, în primele 2 zile, zilnic 2 fiole à 10 cmc., apoi câte o fiolă pe zi încă timp de 3 zile. Enteroragia nu s'a mai repetat, apoi la 6 zile după această complicație bolnava a intrat în deferves-

cență și în convalescență, iar în 25 Decembrie 1940 a părăsit serviciul vindecat.

Observația II. O. Dumitru, bărbat de 18 ani, intră în serviciul de contagioși al Spitalului Public, Sibiu, în 30 Noiembrie 1940, cu o febră tifoidă gravă în a 15-a zi de boală. Bolnavul prezintă simptomele grave ale unei febre tifoidice: stare tifoidă pronunțată, delir, hipertermie continuă, 39–40°, puls 120, splenomegalie, rozeole, meteorism pronunțat, diaree. Se aplică măsurile igienodietetice obișnuite și un tratament simptomatic potrivit stării grave a bolnavului. Se fac injecții intravenoase cu piridiu. Hemocultura este pozitivă pentru bacili tifici. Boala evoluează grav. În 18 Decembrie 1940 face o hemoragie intestinală însemnată, aproximativ 400 cmc. sânge, când pe lângă tratamentul obișnuit în enteroragii, se aplică cu scop hemostatic preparatul *Sango-Stop*. În prima zi se fac 3 injecții intramusculare à 10 cmc., a 2-a și a 3-a zi câte 2 injecții, apoi câte o injecție pe zi încă timp de trei zile. Hemoragia nu s'a mai repetat și bolnavul s'a refăcut în mod progresiv. S'a mai administrat de două ori câte 300 cmc. ser fiziologic subcutanat. După hemoragie bolnavul a intrat în perioada de defervescență, apoi în convalescență, însă după 6 zile de afebrilitate face o recidivă ușoară, care durează 7 zile, apoi la 16 Ianuarie 1941 părăsește serviciul vindecat.

Observația III. S. Nicolae, bărbat de 27 de ani, intră în serviciul de boli contagioase al Spitalului Public, Sibiu, la 1 Martie 1941, cu o febră tifoidă gravă, în a 8-a zi de boală. La intrare prezintă hipertermie, 40°, puls 110, stare tifoidă pronunțată, splenomegalie, meteorism. Hemocultura pozitivă pentru bacili tifici.

Evoluția bolii este gravă. Starea tifoidă devine mai pronunțată, prezintă delir, temperatura continuă foarte mare, 39–40,5°, rozeole tifice, meteorismul devine mai accentuat, prezintă și diaree. Urmează tratamentul igienodietetic și simptomatic. Primește injecții intravenoase cu piridiu, apoi cu urotropină. În plină perioadă de stare, în a 14-a zi de boală, face o hemoragie intestinală de aproximativ 400 cmc. sânge, când pe lângă celalalt tratament, cu scop hemostatic aplicăm injecții cu *Sango-Stop*. În prima zi dăm 3 injecții intramusculare, a câte o fiolă de 10 cmc., apoi zilnic 2 injecții. Însă pe lângă tot tratamentul în a 4-a zi se repetă enteroragia, într-o cantitate de aproximativ de 200 cmc. apoi nu se mai repetă. Injecțiile cu *Sango-Stop* se fac timp de 8 zile în total. Bolnavul în timpul acestei complicații, pe lângă cardiotonice, mai primește de două ori câte 300 cmc. ser fiziologic subcutanat. La 3 zile după ultima hemoragie temperatura se mai reduce, în jurul de 38°, se menține așa timp de 10 zile, apoi bolnavul mai face o colecistită catarală, care se reduce după o săptămână, după aceea bolnavul intră în convalescență și în 30 Mai 1941 părăsește serviciul vindecat.

Observația IV. O. Minerva, femele de 25 de ani, intră în serviciul de boli contagioase al Spitalului Public Sibiu, la 5 Martie 1941 cu o febră tifoidă gravă în a 21-a zi de boală. Bolnava în același timp este gravidă în luna 5-a. La intrare prezintă o stare tifoidă pronunțată, hipertermie, 39–40°, puls 120, splenomegalie, rozeole tifice. Reacția Widal este pozitivă în sânge 1/1600 pentru bacili tifici. După intrarea în serviciu starea bolnavei se menține la fel gravă. Pe lângă măsurile igienodietetice se aplică tratament simptomatic, cardiotonice, injecții cu piridiu. La 5 zile după intrarea în serviciu face o enteroragie de aproximativ 250 cmc. cu această ocazie pe lângă celalalt tratament aplicăm și injecții cu *Sango-Stop*, de două ori o fiolă de 10 cmc. timp de 3 zile, apoi alte 3 zile câte o fiolă pe zi. Hemoragia nu s'a mai repetat. Tensiunea arterială după hemoragie a fost 5–8 V. L., apoi a revenit până la 6–10 V. L. în timpul cât a mai stat în serviciu.

De altfel starea febrilă s'a mai menținut și după hemoragie încă timp de 25 de zile, însă ceva mai redusă, 37,5–38,5°. Bolnava a devenit complet afebrilă și a intrat în convalescență abia după 65 de zile de boală. După 17 zile de afebrilitate bolnava a părăsit serviciul vindecat.

Sarcina s'a menținut foarte bine tot timpul, bolnava simțind mișcările fetale în mod constant.

În restul cazurilor de 11, aproximativ am procedat la fel, ca și în cazurile de mai sus. În toate cazurile era vorba de febră tifoidă, fie de gravitate mijlocie (4 cazuri), sau foarte grave (7 cazuri), unde în perioada de stare a boalei s'a prezentat o enteroragie variabilă, de 100–400 cmc. sânge. Cu această ocazie pe lângă celalalt tratament în toate aceste cazuri am aplicat ca medicament hemostatic injecțiile cu preparatul *Sango-Stop* pe cale intramusculară. În toate cazurile rezultatele înregistrate au fost bune, pentru că hemoragia intestinală totdeauna s'a oprit. Totuși din aceste 11 cazuri 2 au sucombat, însă la un interval de 10–20 de zile după hemoragie și nu din cauza hemoragiei, ci în urma gravității generale a tabloului morbid.

Deci după experiența noastră *Sango-Stop-ul* are o acțiune hemostatică foarte bună în aceste cazuri de febră tifoidă, complicate cu hemoragii intestinale. În aceste împrejurări pe lângă tratamentul obișnuit al bolii și al enteroragiei, cu scop hemostatic utilizăm preparatul de pectină *Sango-Stop*. Administrăm acest preparat sub formă de injecțiuni intramusculare în prima zi 2–3 injecții de câte o fiolă de 10 cmc., apoi continuăm tratamentul încă 4–8 zile, câte 1–2 injecții pe zi, aceasta chiar dacă s'a oprit hemoragia, tocmai cu scopul de a evita repetarea hemoragiilor ulterioare, care adesea se întâlnesc. De obicei cu acest tratament efectul hemostatic se manifestă și hemoragia se oprește.

În ultimul timp încercăm să aplicăm preparatul și cu scop profilactic pentru a preveni eventual aceste enteroragii. În acest scop administrăm Sango-Stop-ul mai ales în cazurile grave de febră tifoidă, cu turburări gastro-intestinale mai importante, acestea fiind mai predispușe la hemoragii intestinale.

Dăm în aceste cazuri începând cu săptămâna a 2-a de boală câte o injecție de Sango-Stop de 10 cmc., la 4 zile interval, 3—4 injecții consecutive. Se pare că acest tratament profilactic dă rezultate bune, deoarece în cazurile de până acum, unde am procedat astfel, n'am înregistrat hemoragii intestinale.

RESUMÉ

Le traitement des hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde par des pectines.

L'auteur applique le produit de pectine „le Sango-Stop“ dans le traitement des hémorragies survenues au cours de la fièvre typhoïde. De ces recherches thérapeutiques on constate que dans ces cas le produit mentionné a une très bonne action hémostatique. Dans ces circonstances, en dehors du traitement habituel de la maladie et de l'enterorragie on applique dans un but hémostatique le Sango-Stop sous forme d'injections intramusculaires. Le premier jour on donne 2—3 injections, chacune avec une fiole de 10 c. c. et on continue ensuite le traitement encore 4—8 jours, chaque jour 1—2 injections, même si l'hémorragie s'est arrêtée, pour empêcher la répétition des hémorragies ultérieures. D'habitude l'effet hémostatique se manifeste par ce traitement et l'hémorragie s'arrête.

L'auteur applique dans le dernier temps ce médicament aussi dans le but prophylactique pour prévenir éventuellement les hémorragies. Dans ce but on administre en commençant avec la deuxième semaine de la fièvre typhoïde chaque quatrième jour une injection de 10 c. c. de Sango-Stop, 3—4 injections consécutives.

ZUSAMMENFASSUNG

Behandlung von Darmblutungen bei Typhus abdominalis mit Pektinstoffen.

Der Autor verwendete das Pectinpräparat Sango-Stop in der Behandlung von Blutungen, die im Laufe des Typhus-abdominalis austraten. In diesen Behandlungsversuchen wurde festgestellt, dass dies Präparat eine vorzügliche blutstillende Wirkung in diesen Fällen besitzt. Unter diesen Umständen verwendet er, neben der gewohnten Behandlung der Krankheit und der Darmblutung, zum Zwecke der Blutstillung Sango-Stop in Form von intramuskulären Injektionen. Am ersten Tage verabfolgt er 2—3 Injektionen, jedesmal eine Phiole zu 10 cmc., darauf setzt er die Behandlung noch 4—8 Tage lang fort, täglich je 1—2 Injektionen, selbst wenn die Blutung steht, eben zum Zwecke, nachträgliche Wiederholung der Blutungen zu vermeiden. Meistens zeigt sich die Blutstillende Wirkung dieser Behandlung und die Blutung steht.

Der Autor verwendete in letzterer Zeit das Präparat auch in vorbeugender Absicht, um diesen Darmblutungen

gegebenenfalls zuzuführen. Zu diesem Zwecke verabfolgt er, beginnend mit der zweiten Erkrankungswoche, je eine Injektion von 10 cmc. Sango-Stop, mit 4 Tagen Zwischenraum, 3—4 Injektionen nacheinander.

Bibliografie.

- Baumann: „Experimentelle und klinische Untersuchungen über die blutstillende Wirkung von Sango-Stop und Vitamin C.“ Brun's Beiträge z. kl. Chirurgie, Band 166, 1937.
- Beck: „Blutstillung und Blutersatz.“ Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung Nr. 8, 15. 4. 41.
- Belmonte: „Mit der Ambulanz des Niederl. Roten Kreuzes nach Finland.“ Nederl. Tijdsr. v. Geneesk. Nr. 30, 27. 7. 40.
- Belmonte u. Winkel: „Bericht einer Ambulanz in Abessinien.“ Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1936 Nr. 28.
- Berberich: „Blutstillung durch Sango-Stop in der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.“ Monatsschrift für Ohrenheilk. u. L. R. 1936, Nr. 8.
- Berneick: „Starke Blutung bei Inzision eines Tonsillarabzesses.“ Der Landarzt 1939, Nr. 13, S. 131.
- Bogdanovic: „Pektinstoffe und deren Bedeutung in der Medizin.“ Medicinski Pregled Nr. 6, Juni 1936.
- Brahn, Klarenbeek, Langner: „Untersuchung über ein neues Blutstillungsmittel.“ Tijdschr. v. Geneesk. 79, Nr. 37, 14. 9. 1935.
- Brunthaler: „Über die Behandlung der epidemischen Kinderlehmung im Frühstadium mit Pektin.“ Monatsschrift für Kinderheilkunde 88, 1941. S. 53.
- Cârstea u. Tănăsescu: „Considerațiuni asupra acțiunei hemostatice a Pectinei.“ Spitalul, Nr. 7—8, 1940, Rumänien.
- Dérouax: „Etude pharmacodynamique de quelques Hémostatiques d'usage courant.“ Archives internationales de Pharmacodynamie et de Thérapie. Band 62, Heft 1, Mai 1939.
- Dietrich u. Oettel: „Behandlung von Blutungskrankheiten mit Pektinen.“ Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 45, S. 1690, 1937.
- Ernst: „Vergleichende Untersuchung über die blutstillende Wirkung von Sango-Stop, Coagulen, Clauden bei intraven. Inj.“ Mittlg. Reichsissn. Holl. f. Pharmakotherapie 1936, Nr. 29.
- Feriz: „Blutstillung durch ein neues Pektinpräparat.“ Med. Tijdschr. v. Geneesk. 80, Nr. 6, 8. 2. 1936.
- Fleischhacker: „Über die Gerinnungsförderung der Pektine.“ Fortschritte der Therapie.
- Franke: „Über klinische Erfahrungen mit Sango-Stop.“ Dt. zahnärztl. Wo. 1936, Nr. 22.
- Freud: „Behandlung v. Durchfallserkrank. im Säuglings- und Kleinkinderalter mit einem Pektin.“ Wien. Med. Wo. 1937, Nr. 3.
- Gohrbandt: „Beschleunigung der Blutgerinnung.“ Arch. f. kl. Chir., Band 183. Fortr. Chir. Kongr. 25. 4. 1935.
- Gohrbandt: „Die Einwirkung der Pektine auf die Blutgerinnung.“ D. M. W. 1936, Nr. 40, S. 1625.
- Hadorn: „Über das Pektinderivat Sango-Stop, ein Koll. Blutstillungsmittel.“ Praxis Bern 1836, Nr. 50, S. 749.
- Kneidinger: „Pectin, ein Blutstillungsmittel.“ Zahnärztl. Rundsch. Jahrg. 44. 24. 3. 1935, Nr. 12.
- Kochs: „Über ein Pektinderivat als Blutstellungsmittel und Beitrag z. Behandl. der Colitis ulcerosa.“

- M. M. W. 1935. Nr. 32. S. 1284.
- Krieg: „Blutungen nach Tonsillektomien“. Inauguraldissertation Freiburg 1937.
- Lange-Hesse: „Blutstillungsmittel bei Operationen in der Mundhöhle“. Dissertation Göttingen 1936.
- Langner u. Hodelink: „Objekt. und subjekt. Beobachtung bei der klinischen Verwendung von Sango-Stop in Hals-, Nasen-Ohrenheilk.“. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1937, Nr. 3, S. 188.
- Lübben: „Sango-Stop, ein Blutstillungsmittel der tägl. Praxis“. Pr. zahnärztl. Wo. 1937, Nr. 13.
- Marx: „Beitrag zur experimentellen Untersuchung des Mechanismus der Wirkung von Pektin auf Blutgerinnung und Blutstillung und zum Studium des Verhaltens von Pektin im Stoffwechsel“. Inaugural-Dissertation München 1939.
- Middelkoop: „Untersuchungen über die Verwendung von Sango-Stop in der operativen Chirurgie des Rindes und des Pferdes“. Tijdschr. v. Geneesk. 1938, Nr. 15.
- Referat: „Sango-Stop“ ein neues Blutstillungsmittel in der Zahnheilkunde. Die Zahnheilkunde 1936, Nr. 6, Juni.
- Riessel u. Nagel: „Zur Methodik der Bestimmung der Blutgerinnungsgeschwindigkeit“. Arch. für exp. Path. und Pharm. 179. 1935 S. 743.
- Riesser: „Über die gerinnungsfördernde Wirkung saurer Substanzen, insbesondere des Pektins“. Riesser: „Experimentelle Untersuchungen über die gerinnungsbeschleunigende Wirkung der Pektine“. Kli. Wo. 1935, Nr. 27 S. 958.
- Riesser: „Die Pektine und ihre therap. Verwendung“. Schweiz. Med. Wo. 1935, Nr. 49.
- Roemer: „Wirkung und Anwendungsbreite blutstillender Mittel“. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie. Bd. 115, H. 2, S. 230.
- Römer: „Zur hämostyptischen Wirkung der Pektine“. Kli. Wo. 87, 1941, S. 686.
- Sack: „Über die hämostypische Wirkung der Pektine, insbesondere b. Hämophilie“. Kli. Wo. 1935, Nr. 43, S. 1536.
- Sanders: „Sango-Stop ein neues Blutstillungsmittel in der Zahnchirurgie“. Tijdschr. v. Tandheelk. Oktober 1935.
- D. E. Sauer: „Günstige Beeinflussung der Blutungen bei Hämophilie durch ein Pektinpräparat“. Medizinische Zeitschrift, Heft 4 1937.
- Sack: „Klinische Erfahrungen mit einem Pektinpräparat Santuron bei Darm Erkrankungen“. Med. Kl. 1936, Nr. 21.
- Schmid: „Über die Beeinflussung von Blutungen durch Hämostypica“. Der Chirurg 1937, H. 9.
- Vorval: „Zur Blutstillung durch Pektine“. Zentrbl. f. Zahnärzte Nr. 26. 1936.
- Wilke: „Über die klinische Anwendung reinen Pektins bei Magen- und Darmerkrankungen“. Med. Kl. 1936, Nr. 18.
- Wallies: „Ein Beitrag zur Behandlung unstillbarer parenchymatöser Zahnfleischblutungen“. Dissertation Berlin, November 1935.
- Wichmann: Zentral-Organ der Ges. für Chir. und Grenzgebiete. Band 73 H. 2.
- Weissenborn: „Die Beeinflussung der Gerinnungszeiten des normalen Pferdeblutes durch das Blutstillungsmittel Sango-Stop“. Dissertation Hannover 1937.
- Wilhelmi: „Über Malaena neonatorum unter besonderer Berücksichtigung ihrer Behandlung mit Pektinen“. Dissertation, Düsseldorf 1940.
- Zieglmayer: Das Pektinphänomen des Blutes und seine chemisch-physikalischen Grundlagen. Kolloid. Zeitschrift, Band 71, Heft 2.
- Zieglmayer: Über die Adsorptionswirkung der Pektine im Darm“. Kli. Wo. 1936, Nr. 1, S. 19.
- Zieglmayer: „Die therapeut. Verwendung d. Pektinstoffe zum Zwecke der Blutstillung“. D. Dt. Militärarzt 1936, Nr. 8. Nov.

Doctrina medicală în noua orânduire profesională

Dreptul la sănătate și dreptul de a vindeca în lumina etatizării bolnavilor și medicilor

de

Prof. Dr. M. Kernbach

II

Dreptul de a vindeca

În timp ce dreptul la sănătate, își pierde treptat aspectul său original, dreptul de a vindeca, în concepția lui juridică, rămâne în vechile lui dosare. În timpul de față, ca și în trecut, el se bazează pe „quasi-contractul“, pe „contractul tacit“, și mai precis pe așa zisul „contract de locațiune“. Dacă ideea de drept, implică menținerea în orice condițiuni, a principiilor

generale și prin aceasta menținerea medicului în grupul tuturor profesiunilor liberale, ai căror reprezentanți mai sunt încă liberi sau în sensul codului civil „locatori de serviciu“, păstrarea medicului etatizat în aceeași grupare, pare a se fi îndepărtat mult de ideea codului napoleonian. Dar cu toate acestea, medicul etatizat — în ceea ce privește răspunderea lui — cade tot sub incidența articolelor din codul civil, referitoare la liberii profesioniști!

Pe de altă parte, medicul etatizat, e privit și sub latura „contractului de muncă”, recrutat pe baza liberei alegeri în asigurări sociale sau a „contractului de serviciu”, când devine funcționarizat.

Dreptul de a vindeca a rămas încă una din problemele profesiei medicale nesoluționate. Lungile debateri din lumea juridică și mai ales în marile cercuri autorizate medicale, culminate în celebrele discuții ale Academiei medicale franceze, continuă în câmpul liber al contradicțiilor.

Dreptul de a vindeca își are evident *concepția lui medicală*, precum și *concepția lui juridică*. Medicul care a obținut titlul său academic și mai apoi toate formele administrative, care îi îngăduie libera practică, înțelege că de aci înainte dispune de *dreptul de a profesa*, implicit el poate trata și opera, în vederea ameliorării și a vindecării. Legea sanitară prin articolul 152 decide „că nimeni nu poate exercita medicina...” fără să specifice însă, ce aparține acestui exercițiu. Noțiunea de exercițiu medical subînțelege — în ordinea științifică — toate actele medicale învățate și însușite în timpul învățământului și practicii universitare. Dreptul de a profesa, apare în lumina dreptului liber și natural, în toate domeniile medicinei, pentru medicul titularizat, posesor al liberei practici. Apare cu atât mai natural, cu cât în legile altor profesii liberale, se prevede și se specifică domeniul dreptului profesional, în timp ce legile sau regulamentele, ce privesc profesiunea medicală, înregistrează „sec” „exercițiul” și „libera practică”. Ca un exemplu, în legea corpului de *advocați* găsim un capitol rezervat „drepturilor și atribuțiilor avocaților”, specificate și detaliate în 18 articole de lege.

Tot astfel, în legea colegiului *inginerilor*, articolul 11 arată toate lucrările ce cad în competența inginerilor. Ele sunt enumerate detaliat, fără ca enumerarea acestora să fie „limitativă”.

Dreptul de a profesa medicina nu-și are domeniul fixat încă, într'un asemenea articol (sau articole de lege). Drepturile profesionale medicale decurg din diferite legi și regulamente sanitare.

Iată de exemplu, cum rezumă Müller drepturile medicului instalat în Germania:

1. Dreptul exclusiv de a se numi medic,
2. Dreptul exclusiv de a dobândi titlul de doctor în medicină,
3. Dreptul exclusiv de a i se putea încredința o funcțiune oficială (medic funcționar, ofițer de sănătate),
4. Dreptul exclusiv de a întreprinde vaccinațiuni,
5. Dreptul exclusiv de a prescrie substanțe narcotice și medicamente cu acțiune puternică,
6. Dreptul exclusiv de a trata boli venerice (boli venerice și boli ale organelor genitale),

¹ Müller B.: Aertzliche Gesetzkunde. Lehmann—Berlin, 1938, 10^o, 158 p.

7. Dreptul exclusiv de a fi admis în practica asigurărilor sociale,

8. Dreptul în limitele dispozițiilor legale teritoriale, de vericator de cadavre, fără depunerea vreunui examen special,

9. Dreptul (chiar obligațiunea) de a refuza să depună ca martor sau expert în fața justiției, asupra faptelor aflate în timpul exercitării profesiei,

10. Dreptul la onorar...

Dacă toate aceste drepturi, sunt valabile în bună parte pentru majoritatea statelor, la noi, conform dispozițiilor legilor sanitare medicul oficial român, mai are dreptul de a izola bolnavi, interna și trata *forțat* anumite categorii de bolnavi și numai în anumite condiții legale (bolnavii venerici, infecto-contagioși, psihopații și imigranții), dreptul de control, constatare și dare în judecată în materie de poliție sanitară, sau în fine dreptul, pentru medicii de toate categoriile, de a face avortul terapeutic, eugenic etc. Cu noile legiuiri, vor avea de sigur dreptul de a se constitui și avea reprezentanți în consiliul de stat, un oarecare drept restrâns de *guvernare* în afacerile sănătății publice și medico-profesionale.

În țările cu etatizare înaintată, multe din aceste *drepturi profesionale* au devenit *obligațiuni oficiale funcționarizate*.

În nicio lege nu este enunțat încă, **principal, dreptul de vindecare și cu atât mai mult dreptul de a opera**. Juriștii și doctrinarii dreptului medical, discută acest drept la capitolul „*sanctiunilor penale*” ale medicului, în legătură cu *răniile corporale intenționate sau prin neglijență, imprudență*, etc. Dintre toate actele medicale, cele sângerânde, nu au dobândit încă o recunoaștere legală. *Principal, medicul nu are drept de a vindeca, de a opera*. Așa susțin și azi comentatorii moderni ai dreptului medical profesional, cu deosebire Goldhann și Hartmann.¹

Numai jurisprudența a statornicit acest drept, tolerat, admis tacit de toată omenirea: e vorba de un drept restrâns, condiționat procedural de:

1. Consimțământul bolnavului,
2. Lămurirea asupra extinderii și consecințelor operației.

Noțiunea de contract, sub imperiul căruia e tolerată activitatea medicală, devine astfel mai pozitivă. De altfel noul cod penal german, în articolul 226 formulează mai precis ideea contractului: „Cine execută o rănire corporală cu consimțământul rănitului, va fi considerată numai atunci ilicită, când fapta greșeste față de bunele moravuri”.

În această dispoziție, s'ar putea descifra primul început de legiferare a dreptului de a opera. Să nu

¹) Goldhann și Hartman: Chirurgie und Recht. Enke-Stuttgart, 1937, 8^o, 227 p.

uităm și dispozițiile din legile eugenice, care acordă drept medicului oficial de a steriliza bolnavi fără consimțământ, când e în joc patrimoniul ereditar. Deci o știrbire tot mai adâncă a libertății individuale, când aceasta amenință, sub raportul dreptului la sănătate sau chiar al ordinei publice (sterilizarea penală), pe ceilalți indivizi sau grupul întreg.

Motivul pentru care nu se dă deplină libertate actelor medicale sângerânde, e justificată de juriști prin „*atingerea libertății individuale*”: „orice om este stăpân pe corpul său și orice intervenție contra voinței sale asupra acestui bun pe care îl privește exclusiv al său, este privită ca o gravă atingere a libertății sale individuale”. E ideea călăuzitoare a gândirii juridice „exprimată de d-l I. Fruma.¹⁾”

Juriștii neglijează însă, că acest mare ideal al omenirii, închis în acele două cuvinte „libertate individuală” a dispărut în bună parte, medicul având nu numai dreptul dar și obligația — îndatorirea legală — de funcționar și reprezentant al Statului, de a examina, interna și trata forțat și fără consimțământ. Și în acest tratament forțat, fără consimțământ, intră și actele sângerânde, cum sunt și injecțiile, vaccinările, ridicarea funcției procreatoare și chiar alte acte de mică chirurgie.

Dar pe de altă parte, legile sanitare ale statelor totalitare, ridică funcțiunea medicală la rangul de funcție tehnică social-națională, cu mari obligații pentru națiune și țară.

„Medicul e în serviciul sănătății individului ca și a întregului popor. Corpul medical este chemat să asigure *fericirea* poporului și a Reichului, prin menținerea sănătății, a patrimoniului ereditar și a rasei poporului german”, decretează legea sanitară germană.

Evident că aceste noi dispoziții, sunt într-o oarecare contradicție. Cine este mai competent a aprecia măsura indicată pentru asigurarea acestei fericiri prin sănătate? De câteori nu s'au întâlnit bolnavi recalitranți cari refuzau ministerul medicinei?

Pe de o parte, legea sanitară impune obligații, pe de altă parte, codul penal impune restricțiuni: pe de o parte legea sanitară cheamă pe medic să asigure sănătatea deplină, iar pe de altă parte jurisprudența recunoaște un *quasi-drept de a muri*, — după vechiul drept roman, — celor ce nu consimt și nu admit tratamentul indicat de medic. Și să nu uităm că în același timp *sinuciderea* este penalizată în unele condițiuni. Se admite totuși o „*sinucidere prin ignoranță*”, care se petrece sub ochii și conștiința medicului, a acestui medic obligat să salveze viața individuală. Cu mâinile încrucișate și cu respectul jurisprudenței, bolnavii ce nu-și dau consimțământul, rămân în voia sorții. Toate aceste ciocniri de interese și de concepții juri-

dice, conduse eri pe firul libertății individuale, vor dispărea în ziua când ele vor fi conduse pe firul dreptului la sănătate, în concepția lui unitară, diriguitoare. Ori de câteori este în joc sănătatea, dreptul de a vindeca nu va trebui să aibă în fața sa niciun zăgaz, nicio știrbire procedurală, dacă el este socotit și trebuie socotit într'adevăr drept primordial, cerut de fericirea Națiunii.

Interesul societății primează azi. La adăpostul acestui interes, se adumbrește și sentimentul neîndeplinirii datoriei profesionale, impusă de jurisprudență, prin grija de a nu se înfrânge umanitara concepție a libertății individuale.

Astăzi ca și în trecut, asistăm la sancționarea medicilor care au salvat vieți omenști, numai datorită faptului că au frânt voința bolnavului, au operat cu forța și au salvat cu forța indivizi meniți peirii, prin respectarea libertății individuale.

Libertatea individuală nu-și mai are valoarea sa reală și intrinsecă, decât dacă ea se sprijină pe *sănătatea individuală*. Această sănătate — libertate — individuală, își pierde valoarea ei etnică și națională, devenind chiar un pericol pentru libertatea și sănătatea grupului, atunci când ea a decăzut din cadrul legilor sănătății. Aci dreptul la sănătate se confundă cu dreptul de a vindeca, medicul misionar al sănătății publice, dobândește prerogative legale, pentru a înlătura pericolul și a salva sănătatea publică.

Toate aceste contradicțiuni, s'ar explica în parte prin gândirea încă individualistă a juriștilor și a medicilor. E o deformațiune profesională? Putem gândi cu toții social și colectivist? Putem vedea cu toții în individ „celula societății”, cărămida care clădește întregul și în medic pe ambasadorul permanent al interesului social? Aci rezidă unica origină a discuțiilor și divergențelor de concepții ce nu pot fi înlăturate?

De altfel și între juriști, persistă azi divergențe în chestiunea încadrării profesiunii medicale liber profesioniste sau etatiste. Cum remarcă Masen,¹⁾ „jurisprudența apreciază responsabilitatea profesionistului pe teren delictual și doctrina pe teren contractual”.

Dreptul de a opera întrețesut în dreptul comun.

Dreptul de a opera va rămâne încă multă vreme, sub zona de influență a principiului libertății individuale și a contractului de locațiune.

Medicul are când un drept restrâns, când o obligație legală de a opera.

Jurisprudența și doctrina de pretutindeni admit dreptul de a opera, numai cu consimțământul bolnavului. Așa e și la noi; o sentință destul de recentă,

¹⁾ Dr. Fruma Ion: Dreptul de a vindeca. Sibiu, 1939, 8^o, 20 p.

¹⁾ Jean Masen: Essai sur la responsabilité civile des médecins. Gap.—Imprim. J. Louis, 1934, 8^o, p. 255

ilustrează această situație juridică a dreptului de a opera: „Atât doctrina cât și jurisprudența se pronunță în sensul că *deși nicio lege nu există*, e de principiul că medicul nu poate practica operația chirurgicală fără consimțământul bolnavului. Jurisprudența e unanimă în sensul că faptul de a practica o operație fără voința bolnavului nu poate da loc unei răspunderi penale în cazuri urgente, dar în orice caz dă loc unei răspunderi civile. Desigur că faptul, medicului pârât, de a opera pe reclamant *fără a-i cere consimțământul dă loc unei răspunderi civile în sarcina medicului pârât, care urmează să răspundă pentru toate consecințele acestei operații*“.¹⁾

Noțiunea „răspunderii contractuale“ rămâne valabilă și pentru medicul ce-a operat în virtutea obligației sale legale — ofițer al sănătății publice — în regimul etatizării relative a profesiei medicale.

În concepția juridică, medicul care a operat contra voinței bolnavului va fi pedepsit:

1. Pentru leziuni corporale intenționate, cu toate variantele ei, când operația a reușit,
2. Pentru mutilare, boală incurabilă sau omor, când operația nu a reușit.

Jurisprudența în materie dobândește un caracter universal. Variaza numai cantitativ, în quantumul pedepsei pronunțate. Cu toate progresele medicinei, cu toate multiplele obligațiuni pe care ea este chemată a le îndeplini, dreptul de a opera rămâne sub imperiul aceluiași vechiu principiu, statornicit de jurisprudență. Casația germană s'a fixat asupra ei încă din 1884: „Că neculpabilitatea în astfel de cazuri ar duce la consecințele cele mai primejdioase și ar face imposibil să se combată în unele împrejurări, pe cale penală, cu energia necesară eventualele *infracțiuni ale medicilor* și să se pedepsească operațiuni chirurgicale făcute contra voinței pacientului, chiar și când ar reprezenta atacuri la libertatea individuală. Și mai bine rezultă culpabilitatea când medicul lucrează contra voinței manifeste a acestor persoane. Intru cât este stabilit că înainte de a începe cu intervenția operatorie pentru rezecție, reprezentantul legal al copilului ce urma să fie operat a refuzat consimțământul la operație, procedura inculpabilului poartă în mod obiectiv toate semnele unei acțiuni ilicite“.²⁾

Dar își ea răspunderea codul penal, în speță jurisprudența, că urmărind a face o profilaxie a infracțiunilor medicale, nu dă frâu infracțiunilor de drept comun? Nu știm noi că acest refuz de dare a consimțământului din partea părinților, tutorilor sau soților, poate avea alt substrat, decât al bunei credințe?

Și atunci care este situația legală, socială și profesională a practicianului, care știe că sub scutul acestui refuz, abținerea dela împlinirea sentimentului datoriei elementare, obligatorii, vocaționale și misionare, echivalează cu moartea sau infirmitatea dependentului? *Răspunderea morală depășește în limite, răspunderea contractuală.*

Răspunderea contractuală este exonerată de impunitate sub necesitatea *urgenței*, bineînțeles dacă și în acest caz bolnavul refuză ași da consimțământul. Dacă altădată, operațiile medicale se justificau prin principiul „*cazului fortuit*“ sau al „*stării de necesitate*“, azi aceste principii nu îngăduie medicului a interveni, nici în caz de urgență, riscând și aci răspunderea civilă și penală, cu pierderea în plus a dreptului de onorar.

* *

Consimțământul, care în tehnica juridică este fundamentul contractului de locațiune, poate fi dat verbal sau scris, cu sau fără depline puteri pentru medic.

În practica curentă, introducerea consimțământului scris, e aproape quasi-unanim. Față de bolnavii adulți, dispunând de libera lor voință, afară de dificultățile tehnice și conștiință ale medicului operator, dificultățile procedurale sunt minime. Aceste dificultăți devin uneori nesoluționabile, când avem de a face cu *autoritatea paternală, tutelară* sau cu cea *maritală*.

Legiuitorii în unele țări, au găsit corectivul refuzului în această materie. Medicul în fața refuzului părinților, când indicația operatorie este absolută, poate recurge fie la *secțiile tutelare*, fie la *jurisdicția minorului*, așa cum este în Anglia, „*Childre Act*“ creat în 1908. „Orice individ — menționează legea — care prin neglijență sau chiar în mod pasiv cauzează vreo infirmitate e vinovat de delict“. În felul acesta părinții care refuză consimțământul nejustificat, vor putea fi sancționați. Medicul deține astfel o armă nouă pentru asigurarea misiunii sale față de minori. Reciproc și părinții au un mijloc de constrângere asupra medicilor. Dispoziții fericite, care completează unele lacune.

Vieața medicală a întâlnit și poziții-contrast, refuzului de consimțământ. Cine nu cunoaște cazurile celebre ale profesorilor Forgue și Trousseau, — și câte alte pierdute în imensa masă a părinților îndurerati — care și-au impus voința și punctul lor de vedere, atunci când indoiala și nesiguranța, paralizau intervenția medicală. „Riscă tot, chiar moartea pe masa de operație“. „nu veți ieși de aci până ce operația nu va fi făcută“, au fost între altele, strigătele de disperare ale mamelor, încă cu încredere în medic, la patul copilașilor lor, pronosticați pierzării. Cazurile s'au vindecat. Dar acolo unde copilul vrea să se opereze și tatăl se opune? În Anglia sau acolo unde secțiile tutelare pot interveni,

¹⁾ Sentința Nr. 714, din Iulie 1936, a. s. III Bihor, cit. după I. Fruma, op. loc. cit.

²⁾ Ebermayer L.: Der Arzt im Recht. Thieme, Leipzig, 1920, 10^o, p. 287.

Gombardol

(Para-amino-benzen-sulfonamid)

INDICAȚIUNI:

ANGINE SEPTICE
ABCESE TONSILARE
POLIARTITELE REUMATICE
ȘI POSTANGINOASE
ERIZIPEL
SEPTICEMII
CISTITE, PIELITE

Tuburi cu 10 și 20 Tablete



PENTRU TERAPIA PERORALĂ EFICACE ȘI IEFTINĂ ÎN:
INFECȚIUNILE STREPTOCOCCICE,
STAFILOCOCCICE ȘI PNEUMOCOCCICE

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.



In tuse de orice fel
pentru copii și adulți

Siroop de Ephetonină
contra tusei **Merck**

Gust plăcut
Intrebuințare economică



Ambalaje:
Flacoane originale cu aprox. 100 și 170 gr.

E. MERCK • DARMSTADT

Reprezentanța generală: Chimiroman. Farmacist Liviu Bancu, București I,
Str. T. G. Masaryk No. 32

diferendul se rezolvă, în rest hotărăște voința părintelui, libertatea individuală!

Față de soție, doctrina socoate că prin căsătorie, ea nu abdică la drepturile persoanei sale și în consecință ea e liberă să accepte sau să refuze operația. În același timp, soțul trebuie să fie informat asupra naturii operației.

Dificultatea mai mare, este atunci când se dă un *consimțământ limitat*, contrar celui al *deplinelor puteri*, adică atunci când chirurgul poate schimba tehnica și extinderea operației, după libera sa apreciere.

Medicul se întâlnește aici cu *eroarea de diagnostic preoperator*. Un diagnostic preoperator de „fibrom uterin”, devine „cancer uterin” postoperator (ca și în alte cazuri de tumori benigne în tumori maligne), un diagnostic de chist ovarian unilateral, devine bilateral, etc. Chirurgului, care a încheiat contractul limitat, nu-i este îngăduit a depăși. Jurisprudența ne oferă numeroase cazuri de sancționări. Medicului i se cere prudență, mai ales dacă nu contează pe consimțământul ulterior al bolnavului (bolnavei).

Această prudență se traduce practic, prin oprirea narcozei și a operației, pertractarea cu bolnavul și continuarea operației dacă se învoește, sau suspendarea ei, în caz contrar. Se mai cunosc și cazuri, când chirurgul, în exces de zel, a extirpat și apendicele, uneori chiar sănătos, asupra căruia nu avea consimțământ. Unii din ei au fost pedepsiți, numai pentru unicul fapt de a fi călcat consimțământul limitat.

* *

O ultimă latură a dreptului de a opera, este *obligația de a lămuri* — „Auklaerungspflicht”, — „consentement éclairé” — pe bolnav, înainte de luarea consimțământului. Formula largă a consimțământului, lăsând medicului libera apreciere a naturii și extinderii operației, e restrânsă. Indicația operatorie necesară sau absolută, dublată de consimțământ, își are numai atunci valabilitatea lui juridică, când acesta din urmă e dat după explicații asupra operației, după cunoașterea planului ce se va executa, în fine, după ce bolnavul va fi informat asupra extinderii, eventual și asupra consecințelor și eventualelor pericole, ce pot decurge din ea. Numai în felul acesta medicul are garanția că răspunderea sa rămâne fără consecințe.

Sunt și instanțe judiciare, care socotesc acest consimțământ — preoperator — lămurit, obligator în toate cazurile, chiar și acolo unde intervenția e de mică importanță, fără riscuri, așa cum sunt acelea de chirurgie estetică.

Prudența ne sfătuiește să ascultăm de această regulă, căci nu de multeori diagnosticul preoperator se poate greși. Nu arareori eșecul și accidente neprevăzute ne pândesc, chiar dela anestezie. Cu cât ope-

rația riscă pericole mai grave, cu atât prudența noastră va fi mai apărută.

„Medicul e încărcat de răspunderea consecințelor intervenției, dacă nu a dat un avertisment explicit, dacă nu a prevenit pe pacient”, hotărăște o instanță judiciară străină (Bordeaux). În acest caz medicul a fost sancționat pentru faptul că nu a *lămurit* pe pacient asupra *alegerii tratamentului*, (era vorba de o osteosinteză ca metodă de tratament a unei fracturi, care a adus, din nenorocire la flegmon gazos și amputație).

Contra prescripției jurisprudențiale, medicii au protestat, arătând caracterul alarmist al consimțământului lămurit. Într'adevăr sunt bolnavi care renunță la operație cunoscând riscurile ei. Situația este uneori inversată. Medicul, ținut să păstreze secretul profesional al clientului, în cazuri de boli grave, mortale, e obligat să renunțe la unica încercare de a salva viața prin intervenții medicale, cum se întâmplă în cazul tumorilor maligne. Elocvent, e cazul femeii, care avea cancer uterin și care își dase consimțământul pentru operație, cu condiția expresă de a-i rămânea intacte funcțiunile materne ale uterului! Evident că medicul nu a putut opera și bolnavei i s'a respectat libertatea individuală.

Marea majoritate a dispozițiilor juridice, pe lângă partea lor pozitivă aduc o stingerire în exercitarea conștiințioasă a profesiunii medicale. Numărul mic al „excepțiilor” justifică oare menținerea „principiilor” cu caracter general?

Principiul general în speță, cum am mai arătat, ar fi acela datorită căruia, medicii sunt încadrați în grupul tuturor profesioniștilor, sau al tuturor cetățenilor, ca să poată fi și ei sancționați pentru infracțiunile lor.

Medicii n'au cerut niciodată un regim de impunitate absolută. Jurisprudența generală stă convingătoare mărturie. Numărul medicilor infractori este foarte restrâns. Ideea de justiție pândind pe medicul infractor, ridică cetățenilor dreptul la sănătate, ridică medicului dreptul de a vindeca și lasă frâu liber infracțiunilor de drept comun: vătămare corporală, sau omorul pasiv prin omisiune voită, când nu se obține consimțământul bolnavului sau al tutorelui!

„Pe terenul eroic al medicinei, legile comune n'au ce căuta”, încheie atât de hotărât, și cu atâta dreptate valorosul jurist al baroului Sibiu, d-l Dr. I. Fruma.

Nu s'au fixat încă reguli, privitoare la datoria de a lămuri. E fără îndoială, că între frica de a alarma pe bolnav, strecurându-i teama pentru operație, lăsându-l să înțeleagă gravitatea boalei și între datoria de a lămuri impusă de jurisprudență, medicul va îndeplini rolul diplomatului ponderat și plin de grija salvării bolnavului.

Tot în sarcina medicului cade și datoria de a face dovada acordării consimțământului.

Doctrina ne învață să utilizăm consimțământul scris. O formulă¹⁾ care rezultă din practica judiciară ar fi următoarea: „Sunt de acord ca d-l Dr. Y. X. să-mi execute operația convenită (specificată), după ce mi-a explicat felul, extinderea și urmările ei; îi dau depline puteri (sau nu), să întreprindă peste aceste limite, încălcări neprevăzute, în măsura în care crede că vor servi scopului de a fi vindecat”.

Acest consimțământ scris, are valoarea contractului de locațiune, cu toate elementele specifice profesiei medicale și pune pe medic la adăpost de orice neplăceri.

În bibliografia acestui articol, cetitorii vor găsi cazuri numeroase de sancționări, fie că se impută lipsa luării consimțământului, fie că s'au încălcat limitele acesteia, fie în fine, că medicul nu și-a îndeplinit datoria de lămuritor.

Niciunde ca în acest domeniu, dreptul de a vindeca nu suportă mai tare imixtiunea dreptului comun. Plecat dela principiul de a nu scăpa vigilenței justiției infracțiunile medicale — pe plan penal — sau de a pune — pe plan civil — sănătatea persoanelor în balanța bunurilor contractuale, justiția obligă pe medic să adopte practic, metoda brațelor încrucișate și în deplină conștiință de cauză, să asvârle morții, vieți ce ar putea fi netăgăduit salvate. Justiția prin imixtiunea ei în orândueile medicale, forțează pe medic să abdice din misiunea, din rolul lui de vindecător și păstrător de vieți.

Iată de ce, echitatea pe de o parte, acea echitate care este pe deasupra legilor și practicilor judiciare, iar pe de alta, interesul bolnavului și a sănătății publice, dictează ajustarea, cel puțin a acestei imixțiuni dăunătoare medicinei și omenirii suferinde.

Nu facem operă de nihilism. Sunt principii care cer a-și păstra caracterul de generalitate, însă axa lor trebuie fixată pe alte fundamente. Medicina ancorată de dreptul comun, de ordinea publică, va trebui ancorată mai natural de cei doi piloni călăuzitori ai ei, „Dreptul la sănătate” și „Dreptul de a vindeca”. În timp ce, dreptul la sănătate a devenit azi acea obligație legală, acea nouă putere a Statului pentru toți cetățenii lui, jurisprudența este lăsată să încalce încă această mare obligație. Dreptul de a vindeca restrâns, așa cum îl încercuesc și acum legile și regulamentele, nu poate fi clădit decât pe aceleași reguli ca și dreptul la sănătate. Statul și dreptul să-și asigure toate garanțiile de justă aplicare, fără a atinge însă suveranitatea binefacerilor medicinei.

Dreptul la sănătate ridicat la rangul drepturilor fundamentale și primordiale, este atât de intim legat de dreptul de a vindeca, încât acolo unde primul se impune, dreptul de a vindeca trebuie smuls prescrip-

țiilor jurisprudențiale și cătușelor de orice natură, pentru ca misiunea încredințată numai medicului de societate și Stat, să-și desăvârșească opera umanitară.

Etatizarea bolnavilor și a medicilor, îmbrăcată în forma rigidă a legii, contopește aproape ambele drepturi. Nu se mai poate păstra acest contrast, această contradicție între ele. Dreptul de a vindeca devine instrumentul, mijlocul și imperativul dreptului la sănătate. Pe de o parte o cerință fără limite a dreptului la sănătate, și pe de alta, obligația de a le satisface sub imperiul *necontenit* al fricii și al dispozițiilor *jurisprudențiale*.

Tendința de a închide în cercul strâmt al dreptului comun, binefacerile medicinei, s'a dovedit în practică, că este foarte rar utilizată. Pretutindeni marea majoritate a medicilor, respectă dreptul lor restrâns de a vindeca, conform regulilor celor mai bune.

Acum, când se anunță noua organizare profesională a medicilor, problemele expuse aci, îndrumătoare a unei noi ordini medicale, și-ar putea găsi o judicioasă soluționare, spre a satisface deopotrivă, interesul bolnavului, sănătatea publică și prestigiul corporației medicale.

Echitatea pune în mod plat situația reală: în sânul corpului medical câțiva infractori, în sânul bolnavilor, câțiva vieți de salvat. Cine decide: dreptul de a sancționa sau dreptul la viață?

Dreptul la sănătate, își va găsi oare în noua organizație, instrumentul realizării idealului lui pentru întreaga națiune?

Doctrina medicală și doctrina corporatistă

Pledam,¹⁾ acum câțiva ani, pentru corporație, ca ideal asociaționist pentru profesiunea noastră. A fost o dorință quasi unanimă, a medicilor de pretutindeni, spre o organizare mare, totală și puternică. Era o dorință exprimată chiar de corpul medical, care dorea să se pună, cu competența și preocupările lui, în serviciul colectivității.

Fixa *Valdour*,²⁾ rolul acestor corporațiuni: „Corporațiile profesionale trebuie să ocupe în societate locul reclamat de rolul pe care sunt chemate a-l juca și trebuie să primească toate puterile indispensabile acestui efect: puteri de legislație, de jurisdicție, de administrație, pe scurt guvernarea interioară. Stăpân în domeniul lui profesional, sub controlul și direcția supremă a Statului, profesionistul, devine pentru Stat un colaborator competent, însărcinat de a participa în ceea ce-l privește, la binele general al societății întregi”.

¹⁾ Kernbach: Sindicat, asociație sau colegiu? Clujul medical 1933, p. 640—658.

²⁾ Valdour, cit. După Guérin: L'état contre la médecine. Maloine Paris 1929.

¹⁾ După Goldhahn și Hartmann, op. loc. cit.

Doctrinarii contemporani, au anunțat demult, că „imperativul inevitabil al sec. XX” este al corporatismului (M. Manoilescu).¹⁾ Teoreticianul român, formulează astfel definiția: „Corporația este o organizație colectivă și publică alcătuită din totalitatea (sau din o parte) persoanelor (fizice sau juridice) îndeplinind împreună aceeași funcțiune națională și are ca scop asigurarea exercitărei acestei funcțiuni în interesul suprem al națiunii prin reguli de drept impuse cel puțin membrilor săi”.

Discutând „gradul de integrabilitate” a profesiunilor în corporații, d-l Manoilescu, scrie: „Ei au toți (medicii) — ca și personalul sanitar inferior și auxiliar — sentimentul misiunii lor, anumite obiceiuri comune și o etică proprie. Ei sunt cu spiritul deja constituiți în corporație, chiar sub regimul individualist și liberal”.

Între corporații, există și acea a sănătății publice, pe care d-l Manoilescu o socotește prin funcția particulară independentă de toate celelalte funcțiuni naționale, prin conștiința corporativă a membrilor săi și prin competența unică și de *neînlocuit*, pe care membrii săi o au”. Aceasta pentru categoricul motiv că „sănătatea fizică a întregii națiuni este cea dintâi condiție a dezvoltării sale și a realizării scopurilor supreme ale statului național”.

Cum s'a putut realiza practic acest ideal în corporațiile medicale existente? Ce puteri li s'a acordat? Iată, de exemplu, puterile camerelor medicale germane, organizate tot pe principiul corporaționist:²⁾ „Camera medicală a Reichului cooperează împreună cu medicii germani, și astfel corpul medical este chemat să lucreze pentru binele poporului și al Reichului, pentru menținerea și înălțarea sănătății, a patrimoniului ereditar și a rasei poporului german. Drepturile ei sunt:

1. A râvni la menținerea unui nivel medical superior moral și științific,
 2. A veghia asupra respectării onoarei profesiunii medicale și a îndeplinirii îndatoririlor profesionale (controlul profesional),
 3. A ocroti desăvârșirea medicală,
 4. A îngriji educația și perfecționarea medicilor și a creia pentru aceasta întocmirile corespunzătoare,
 5. A se ocupa de raporturile reciproce prospere ale medicilor,
 6. După importanța poporului sau a corpului medical, o distribuie corespunzătoare a medicilor pentru tot teritoriul Reichului,
 7. A creia instituții de asistență pentru medic.
- Sindicatul medicale fasciste ale Italiei, coordonate apoi în corporațiunile profesionale, îndeplinesc nu

numai obligațiile strict profesionale în ordinea științifică, morală și materială, ci și în ordinea politicii medico-sanitare locală și generală. Activitatea aceasta are însă numai *un rol consultativ*.

Toate aceste puteri dacă ar fi real în mâna profesiunii, ar avea menirea principală de a face și menține profesiunea medicală la un înalt nivel științific, moral și profesional, deci un instrument puternic și competent în mâna Statului. Reținem că pe teren nu corporația hotărăște asupra sănătății publice.

Nu dispunem de date asupra rezultatelor obținute până acum, prin aceste organizații. Timpul ne va arăta dacă ele sunt cele mai corespunzătoare vremurilor prin care trecem.

Cronica va înregistra că pentru moment Statul și-a luat asuprași dreptul la sănătate. Pentru a-l asigura și impune, și-a creat corpul tehnic sanitar, medicul funcționar, instrumentul și organul pentru asigurarea tutelară a sănătății. Ca o cheazășie în plus, corpul tehnic sanitar este turnat într-o organizație publică, condusă, supravegheată și dirijată de Stat și nu „competența unică și de neînlocuit” a corporației. Funcția ei națională și publică este independentă, contrară doctrinei.

Corporația imaginată teoretic, va putea asigura imperioasele deziderate ale sănătății publice contemporane:

1. *Continuitatea* în luarea și aplicarea dispozițiilor în ordinea sanitară a țării eșalonată pe un răstimp îndelungat.

2. Menținerea, răspândirea și cultivarea *spiritului sanitar*, în toată gospodăria, administrația și fluctuațiile regimurilor politice?

Corporația cere să fie un organ de comandă, nu unul comandat.

Se cunosc măsurile pe care le ia Statul pentru a asigura dreptul la sănătate. Aceste măsuri, cum spune Carrel¹⁾ au reușit „mai bine în prevențiunea bolilor”, cu „succes modest” în vindecarea lor.

Ideologii noilor statute sociale vor permanetiza trăirea „tezei și antitezei” — individ-societate — atâta timp cât vor continua conducerea spirituală a lumii, în spațiul geometric al microcosmosului lor. În macrocosmos, biologiei, în descifrarea legilor naturale imanente și implacabile, au diferențiat patrimoniul individual. Structural și organic, biologia a constatat în ce măsură acest patrimoniu se poate integraliza în colectivitate. Numai în aceeași măsură și medicul curativ, va putea gândi social, în acele limite în care în mod liber și natural îi vor permite legile biologice și în măsura în care acestea nu se opun dreptului la sănătate. Prin dispoziții legale, gândirea medicală nu va putea fi reformată.

¹⁾ M. Manoilescu: Secolul corporatismului. Ed. Națională Ciornei, București. 8^o, 1934, 327 pag.

²⁾ Müller B.: Op. loc. cit.

¹⁾ Carrel A.: L'homme cet inconnu. Plon, Paris, 1935.

Ca o pi'dă grăitoare, că deasupra tuturor legilor omenești sunt legile naturei, acele legi care dispun asupra echilibrelor multiple ale tuturor viețuitoarelor din univers, o culegem din medicina preventivă. Ea a reușit să înfrângă în bună parte bolile contagioase. Vieața socială sub impulsul doctrinelor și al ideilor, la adăpostul medicinei preventive, a evoluat nestin-gherită de molime. Nu s'a observat, decât într'un târziu, înmulțirea bolilor mintale și a celor degenerative. Sunt acele boli, care lucrează lent, dar înspăimântător de sigur. Nici nu suntem în măsură să apreciem încă toate aspectele morbidității actuale și nu suntem în stare a propune măsuri contra ei.

Atât de nimerit să aplică aci, situația pe care o cristalizează marele biolog Cuénot,¹⁾ vorbind despre „Formă și Adaptare”: Nu trebuie să mergem mai departe decât până aici: există în vieață un factor necunoscut, o forță necunoscută, lentă în acțiuni, care seamănă inteligenței în sensul că ea înlătură dificultățile, că ea realizează tot atât de bine mecanisme mediocre ca și perfecte, că ea ajunge la excесе, că ea distruge după ce a edificat. Vieața este invenție, spune Bergson, ea este de asemeni capriciu.

Dacă medicina preventivă a reușit să obțină rezultate impresionante și rapide, este că ea nu s'a adresat direct omului, ci indirect mediului, agenților externi. Medicina aplicată direct asupra omului întârzie în realizările ei majore. Ea nu este în măsură să-i asigure fericirea fizică. Cu atât mai puțin va reuși lucrând asupra maselor de indivizi și constituții diferite.

În noua orânduire a Statului, trebuie să se respecte această firească și esențială situație a medicinei curative. Ea este și trebuie să fie în serviciul individului prin vocație, prin misiune, prin interesul individului și numai prin aceasta în interesul suprem al Statului, clădit și susținut de indivizi. Individul e celula ființei colective. De sănătatea fiecărei celule depinde mărirea și puterea întregului.

Prin chemarea în corporațiune, se recunoaște public caracterul profesional liberal, alături de toți ceilalți virtuali liberi profesioniști, ce nu sunt încă etatizați. Este deci o necesitate statală, de a păstra medicina între profesiunile libere. Să-i acordăm și toate puterile. Dreptul la sănătate și dreptul de a vindeca, să le descleștăm din toate imixtiunile regresive și paralizante și să dăm câmp liber tuturor binefacerilor medicinei. Să lăsăm libertatea corporațiilor de ași selecționa valorile ce vor trebui să conducă. Să i se încredințeze dreptul de a hotări și în treburile sănătății publice, asigurând continuitatea și spiritul sanitar, izvoare sigur generatoare de mari și durabile realizări. Statul să-și rezerve dreptul de a veghea, controla și

sanționa, atunci când interesele sale superioare sunt înfrânte.

Conducătorii corporației sănătății publice, îi dorim crescuți la școala medicinei preventive, profilactice și eugenice. Persoane cu orizonturi largi, atotcuprinzătoare a marei și necunoscutei științe a omului, a vieții și a sănătății.

RESUMÉ

Le droit à la santé, le droit à la guérison et l'étatisation des malades et des médecins.

Le droit à la santé est, depuis 50 années et dans sa majeure partie, un droit de l'État. L'État a pris la responsabilité de la santé publique. Seulement le riche conserve encore, parmi ses droits individuels, la possibilité de choisir son médecin. Pour satisfaire ses obligations de santé, l'État a accaparé les médecins. C'est le corps technique sanitaire, dans le domaine curatif et préventif, avec toutes les institutions et le personnel sanitaire auxiliaire. On a créé ainsi un nouveau pouvoir — le pouvoir médico-sanitaire — semblable à tous les autres pouvoirs de l'État d'assistance et du Bien-Public.

D'autre part, l'État a accaparé les malades, par l'extension excessive des assurances sociales et de l'assistance médicale gratuite. Pourtant les assurances sociales — semblent-ils ne contribuent pas à l'amélioration de la santé publique.

La conception de la santé est aujourd'hui plus vaste qu'auparavant. Par le droit à la santé, on doit comprendre l'amélioration ou la guérison physique, fonctionnelle, biologique et sociale. Dans l'ordre préventif, c'est la prévention des maladies qui aboutissent à la déchéance physique, psychique, fonctionnelle, biologique et sociale.

L'État d'assistance et du bien public, n'a pas encore transformé sa structure, n'a pas encore formé son appareil nécessaire, pour un tel engagement. La médecine curative domine encore les préoccupations officielles, tandis que la médecine préventive vit plutôt dans les bibliothèques ou dans l'imagination des théoriciens.

La morbidité est de plus grave, avec ses aspects dégénératifs lents et sûrs. Elle ne peut pas être arrêtée par la médecine curative.

L'absorption par l'État (l'étatisation), dans sa forme actuelle est loin de satisfaire les exigences de la santé publique préventive.

Le droit de guérir n'a pas évolué, dans son conception juridique. Soit que le médecin jouisse encore de sa profession librement, soit qu'il est fonctionnaire public, son droit d'exercice se fonde sur le „contrat de location”. Il n'existe pas dans aucune loi, ni même le principe, le droit de guérir et surtout le droit d'opérer. De même dans l'étatisme exagéré, où le médecin est obligé d'être au service de l'individu, comme à celui de l'État, pour assurer leur bonheur.

Les droits professionnels du médecin découlent des lois et des règlements sanitaires.

Le droit d'opérer est restreint, conditionné par le consentement éclairé du malade. L'imixtion de la jurisprudence empêche souvent le médecin, d'accomplir sa mission, qui

¹⁾ L. Cuénot: „Morphologie et adaptation. In: Formes, vie et pensée. Libr. Lavandier. Lyon. 1932, 8^o, 419 pg.

lui est confiée par la société et par l'État, comme une obligation naturelle.

Tant que le droit de santé est considéré comme primordial, toutes les autres dispositions légales, doivent être fondées sur le même axe, et non sur celui du droit commun. Le droit de vivre est plus important, que celui du sanctionner.

Le droit à la santé et le droit de guérir, doivent être confiés à une corporation médicale, ayant pleins pouvoirs dans les affaires médico-sanitaires, seule compétente pour assurer l'esprit sanitaire dans l'administration et la continuité dans les applications des mesures sanitaires.

L'État doit coordonner, surveiller, sanctionner.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Gesundheits- und das Behandlungsrecht im Lichte der Verstaatlichung der Kranken und der Aerzte.

Das Gesundheitsrecht ist schon mehr als 50. Jahre im seinem grössten Teile, ein Recht das dem Staate gehört. Der Staat nahm sich die Verantwortung über die Gesundheit seines Volkes. Nur der Wohlhabende behält unter den individuellen Rechten, auch jenes der Wahl seines Arztes. Damit der Staat seiner Gesundheitsaufgabe nachkommt, hat er die Ärzte verstaatlicht, indem er eine sanitärtechnische Körperschaft, sowohl auf dem kurativen wie auch auf der präventive Gebiete gründete mit all den notwendigen Einrichtungen und dem sanitarhelfenden Personal. Es bildete sich so eine neue Kraft im Staate, die sanitärärztliche, wie auch viele andere der Fürsorge- und Wohlfahrtsstaaten.

Andrerseits hat der Staat auch die Kranken verstaatlicht, durch die ausserordentliche Verbreitung der sozialen Versicherungen und der übermässigen unentgeltlichen ärztlichen Armenpflege. Die sozialen Versicherungen, scheint es, haben noch nichts zu den allgemeinen Problemen der öffentlichen Gesundheit beigetragen.

Die Gesundheitsauffassung ist heute mehr gewollt, als vor 50. Jahren. Unter dem Gesundheitsrecht versteht man: Die physische, psychische, soziale, funktionelle und biologische Heilung oder Verbesserung. Desgleichen auch auf dem präventiven Gebiet bedeutet es, das Vorbeugen

der physischen, psychischen, funktionellen, sozialen und biologischen Erkrankung.

Der Fürsorge- und Wohlfahrtsstaat hat aber seine Struktur noch nicht verändert und ebenfalls auch nicht die nötigen Vorrichtungen für diese Aufgabe gestaltet; die kurative Medizin beherrscht noch immer die öffentliche Meinung, während die präventive Medizin mehr nur in den Bibliotheken und in den Vorstellungen der Theoretiker lebhaft ist.

Die Morbidität ist mehr und mehr bedenkenswerter durch die verschiedenen degenerativen, langsamen und sicheren Aussichten. Sie kann nicht durch die kurative Medizin verhindert werden.

Die Verstaatlichung in ihrer heutigen Form ist weit entfernt davon, dem dringenden Verlangen der Öffentlich-präventivengesundheit Genüge zu leisten.

Das Behandlungsrecht hat sich nicht mehr in seiner juristischen Auffassung entwickelt. Es sei denn, dass der Arzt Freiprofessionist oder Staatsangestellter ist, er betreibt Medizin auf Grund des „bürgerlich-rechtlichen Dienstvertrages“, oder besser gesagt, auf Grund eines Werkvertrages. Kein Gesetz erlaubt prinzipiell das Behandlungsrecht und besonders das Operationsrecht, obwohl, der Arzt verpflichtet ist „im Dienste des Individuums wie auch des Staates zu stehen, um ihnen den Wohlstand zu sichern“. Die professionellen Rechte der Ärzte ergeben sich aus den Gesundheitsgesetzen und Gesundheitsbestimmungen.

Das Operationsrecht ist auf die Einwilligung des Patienten und die Aufklärungspflicht des Arztes eng beschränkt. Die Einmischung der Jurisprudenz verhindert den Arzt oftmals seine Sendung zu vollenden, die ihm der Staat anvertraut und zu der ihn die Gesellschaft und der Staat verpflichtet.

Inwiefern das Gesundheitsrecht vorangeht, so müssen alle anderen gesetzlichen Dispositionen ihm und nicht dem allgemeinen Rechte unterordnet werden. Das Recht zu leben ist bedeutender als das Recht zu strafen.

Das Gesundheits- und Behandlungsrecht sollte einer ärztlichen Korporation mit vollen Kräften in den ärztlich-gesundheitlichen Angelegenheiten anvertraut werden, die allein bestimmt wäre den gesundheitlichen Geist im Staate und die Kontinuität in der Anwendung der gesundheitlichen Regeln zu sichern.

Der Staat habe nur das Recht zu koordinieren, zu überwachen und zu bestrafen.

Instituții Sanitare pentru tuberculoză

Cum a funcționat Secția de Tuberculoză a Clinicii Medicale I din Cluj la Sibiu, în cursul anului 1941

de

Conf. Dr. L. Daniello
Șeful secției

și

Dr. N. Bombăcescu
Asistent

Clinica Medicală I din Cluj a fost în permanență preocupată de problema tuberculozel, atât din punct de vedere clinic, cât și social și ea a desfășurat timp de două decenii o activitate metodică, pentru a desvolta pe baze cât mai științifice specialitatea ftiziologică. Lup-

tând cu multe greutăți și făcând mari sacrificii, a reușit să transforme mica secție de izolare existentă la început, într-o clinică modernă cu 110 paturi și tot utilajul medico-chirurgical necesar diagnosticului, tratamentul și studiului tuberculozel. Acest serviciu devenise în anul din

urmă, un centru diagnostic și terapeutic, care deservea toate sanatoriile și spitalele de specialitate din Transilvania, fiind în același timp un centru de învățământ, unde s'au format cei mai mulți dintre fiziologii noștri de astăzi.

Tocmai când izbutise să-și înfăptuiască, grație subvențiilor acordate de Liga Națională contra Tuberculozel și Ministerului Sănătății, instalațiile necesare intervențiilor de mare chirurgie toracică, laboratoare de cercetări, bucătărie dietetică proprie și alte completări utile bunelor sale funcționări, secția noastră, împreună cu Universitatea din Cluj, a trebuit să pornească pe drumul pibegiei, adăpostindu-se provizor la Sibiu.

Aci, Clinica Medicală I, a fost instalată în fosta scoală militară, iar secția de tuberculoză la altă extremitate a orașului, într'un pavilion al Spitalului Public.

Localul ce i-a fost destinat, deși servise și înainte internării tuberculoșilor, fiind atașat secției de boli interne a spitalului, nu corespundea din punct de vedere edilțar cerințelor unui serviciu clinic de tuberculoză. Pavilionul constă din 2 saloane mari cu câte 20 paturi și 6 camere mici cu câte 2 paturi. Capacitatea maximă de internare era deci de 52 bolnavi.

În momentul preluării acestei secții, ea era complet lipsită de orice utilaj, în afară de un aparat de pneumotorace și câteva siringi.

Nu exista nici instalație radiologică, nici laborator, nici sală de consultații, nici sală de intervenții colapsoterapeutice medicale, nici cameră pentru medic de gardă, nici locuințe pentru personal și nici multe alte accesorii.

Deja din toamna anului 1939 am cerut mărirea și transformarea localului, potrivit nevoilor clinice, didactice și științifice ale secției, dar din cauza formalităților greoaie împreunate cu licitațiile, a neconținței urcării a prețurilor, în urma căreia devizele întocmite își pierdeau valabilitatea înainte de adjudecarea lucrărilor și din cauza multiplelor greutăți inerente stărilor excepționale de război, lucrările de amenajare au putut fi începute abia în Septembrie 1941 și nu sunt terminate nici în prezent (Februarie 1942).

Puși în fața alternativei de-a rămânea șomeri timp de un și jumătate (ca atâția colegi dela alte clinici) sau de a încerca o activitate în condiții extrem de grele, am ales cea de a doua cale.

Sacrificând majoritatea camerelor mici am izbutit până la 1 Ianuarie 1941 să punem secția în stare de funcțiune.

Într-o cameră de 3x4 m. am montat instalația radiologică adusă dela Cluj: un Tuto-Heliphos Siemens cu 4 kenotroane, care alimentează alternativ un aparat de teleradiografie și tomografie cu anodă rotativă și un aparat pentru radioscoape. Într'un colț al camerei s'a mai găsit loc pentru amenajarea unei „cămăruțe” obscure,

cu suprafață de 1 mp. Spațiul rămas liber în sala de Röntgen este atât de mic, încât în ea nu încap decât cel mult 3 persoane în picioare. Bolnavii așteaptă pe coridor și când se desbracă în imediata apropiere a medicului examinator, scuturându-și praful de pe haine în capul acestuia, realizează pe pielea lui, un fel de experiență Függe, obligându-l să înghită de fiecare dată o bună doză de bacili Koch vânturați în aer.

O cameră și mai mică a fost transformată în „sală” de colapsoterapie, adică de pneumotorace, pleuroscopie și rezecții de aderențe, spălături pleurale, pansamente pentru cazuri operate etc. Pe o măsuță la geam, am instalat „laboratorul”: un microscop și coloranții necesari pentru spută și sânge, câțiva reactivi pentru analize simple de urină, exudate pleurale etc.

În a 3-a cameră am adăpostit biblioteca de specialitate, destul de completă, salvată dela Cluj. Ea servește în același timp și de birou pentru șeful secției.

A patra cameră a fost atribuită medicului de gardă. Iar în alte 2 camere stau 4 surori de caritate religioase, încredințate cu îngrijirea bolnavilor.

Personalul de serviciu (1 servitor și 6 servitoare), toți refugiați, au dormit câteva luni pe saltele întinse seara pe coridoare, iar acum dorm la subsol în camere încă neîncălzite, pe un ger de —20 grade.

Aproape toată vara secția n'a avut apă rece decât 2—3 ore pe zi, din cauza unui defect de instalație, reparat abia după nenumărate reclamațiuni și insistențe din partea noastră, iar de mai bine de 4 luni nu are apă caldă căci „boilerul” prea vechi, a crăpat în mai multe locuri și cu toate că înlocuirea lui a fost aprobată de către Minister, încă n'a fost schimbat, din cauză că n'au fost încă îndeplinite „formele”.

Sterilizarea sputei sau a veselelor nu se poate face. Bolnavii nu pot face baie. Curățenia se execută cu multă greutate din cauza lipsei de apă caldă.

Nu mai vrem să vorbim de alimentația servită bolnavilor, care până de curând a fost așa de puțin satisfăcătoare din punct de vedere calitativ și cantitativ, încât majoritatea celor internați erau siliți să-și procure masa dela restaurantele din oraș; nici de lipsa de medicamente și multe alte neajunsuri.

Ne-am pus de multe ori întrebarea dacă nu ne asumăm o prea mare răspundere, punând în funcție o secție de tuberculoză în condiții atât de inferioare de igienă și confort.

Având însă în vedere marele număr de bolnavi, care ne solicitau neîncetat ajutorul, apoi lipsa altui serviciu de fiziologie în Sibiu și considerând că riscurile ce puteau rezulta de pe urma acestei situații, priveau mai mult personalul medical și de serviciu care consimțea să le accepte, ne-am început activitatea pe la sfârșitul lunii Ianuarie 1941.

Implinindu-se de atunci un an, am socotit de bine s'o rezumăm în câteva cifre:

În cursul anului 1941 au fost internați în secție 283 bolnavi.

Totalul zilelor de ospitalizare pentru toți bolnavii a fost de 15.844. Durata medie de internare pentru un bolnav revine la 56 de zile.

După diagnostic, cazurile se repartizează astfel:

a) diferite forme de tuberculoză pulmonară, 264 cazuri;

b) pleurezii serofibrinoase, 5 cazuri;

c) abcese pulmonare, 6 cazuri;

d) dilatații bronșice, 2 cazuri;

e) chist idatic, 1 caz;

f) chist costal, 1 caz;

g) cancer pulmonar, 1 caz;

h) asm bronșial, 1 caz;

i) embleme mixte, 2 cazuri.

Tratamente aplicate:

a) conservativ în 120 cazuri;

b) pneumotorace terapeutic în 123 cazuri,

c) rezecții de aderențe, pentru completarea pneumotoracelui (Iacobaeus) 88 cazuri (10 cazuri au fost soldați dela secția de Tbc. a Spitalului Militar Sibiu);

d) aspirație endocavitară după Monaldi, 18 cazuri;

e) oleotorace, 6 cazuri;

f) spălături pleurale, 6 cazuri;

g) frenicectomie, 14 cazuri;

h) pneumotorace extrapleural, 2 cazuri;

i) pleurotomii, 2 cazuri.

Ultimele trei categorii de intervenții s'au executat în Clinica Chirurgicală de sub conducerea d-lui Prof. Alex. Pop, deschisă abia în Iunie 1941, celelalte în secția noastră.

Analize de laborator:

Spută pentru B. K. 1100 analize.

Urină 400 analize.

Alte examene de laborator 600.

Radiografiile (normale sau tomografice) 2213.

Consultații gratuite, cu examen clinic și radioscopice pentru bolnavii externi, 1800 (deși secția nu are un serviciu de consultații propriu zis).

Tot la secția noastră a funcționat provizoriu și Dispensarul Studențesc, dând săptămânal 4 ore de consultații gratuite pentru studenți. În total am examinat 2334 studenți, dintre cari 350 prezentați benevol în cursul anului, iar restul consultați obligator la înscriere.

Au mai fost controlați radioscopice un număr de 600 soldați răniți din spitalele militare din Sibiu și 350 elevi dela școala de moașe de pe lângă Clinica Obstetricală.

În saloanele de bolnavi s'au ținut stagii practice de semiologie cu studenții anului III, iar din lipsa unui amfiteatru tot acolo s'au ținut și cursurile clinice de fiziologie cu studenții anului VI.

Personalul medical al secției a publicat în cursul anului trecut 8 articole și lucrări științifice, iar șeful secției a participat la o conferință internațională de tuberculoză în Germania, prezentând un referat despre tuberculoza în România, în anii de război.

Comparativ cu cea desfășurată la Cluj, activitatea noastră din anul trecut este desigur foarte modestă.

Dacă ne-am hotărât totuși s'o rezumăm aci, am făcut-o numai pentru a ne afirma dorința de-a activa cu orice preț și între împrejurările actuale, pentru propășirea fiziologiei românești și de-a lăsa o mărturie a vitregilor noastre condiții de muncă din anul refugului 1941.

Medicină preventivă

Instituțiile de ocrotire a familiei, mamei și copilului, indispensabile

de

Prof. Dr. Gh. Popoviciu

Opera de ocrotire a familiei, mamei și copilului trebuie realizată simultan la oraș și la țară.

Nu putem neglija satul în detrimentul orașului, în special în Ardeal și în celelalte provincii alpine, unde populația românească predomină la țară. Nu mai puțin adevărat însă, situația orașelor sub raport puericultural este adesea și mai precară ca a satelor. Pe de altă parte, fatal orașelor le revine sarcina de a adăposti instituțiile conducătoare în această materie.

În niciun domeniu rezultatele nu se obțin mai ușor și mai repede, ca în combaterea mortalității infantile. Dar pentru aceasta trebuie:

a) instituții, în primul rând pentru educarea personalului și ospitalizarea copiilor lipsiți de mijloace;

b) asigurarea fondurilor necesare;

c) mărirea puterii executive, a controlului tehnic și administrativ.

Măritrea fondurilor cere jertfe noi, cari trebuiesc aduse, *după exemplul altor țări*. Ea este realizabilă inclusiv printr-o mai bună repartizare a fondurilor sanitare actualmente disponibile, cu preferirea copilului față de alte vârste și probleme sanitare și de ocrotire, conform importanței pe care o prezintă.

Instituțiile vor putea fi create, treptat și în ordinea importanței lor. În tot cazul numărul celor existente azi în domeniul ocrotirii familiei, mamei și copilului, va trebui în timpul cel mai scurt mărit, numărul actual fiind absolut insuficient, neasemănător mai redus ca în alte țări. Pe de o parte numărul copiilor cari necesită o îngrijire instituțională, crește din ce în ce mai mult prin progresul pe care îl face țara (industrializare, urbanizare, etc.) și în special în cursul războiului și după războiu (copiii luptătorilor la front, orfanii de războiu, agravarea situației economice a familiei din cauza războiului, etc.). Pe de altă parte, îngrijirea copiilor în institute este indicată și pentru a putea servi ca exemplu și material de instrucție populației, medicilor și personalului auxiliar de ocrotire a familiei, mamei și copilului.

În centrele universitare ne trebuiesc Clinici infantile bine înzestrate servind pentru învățământul în medicina infantilă curativă, pediatrie, cât și ca model de îngrijire și studiu al copiilor bolnavi. Ele trebuiesc dublate cu Institute de Puericultură, cari servesc pentru îndrumarea tehnică a luptei contra mortalității infantile, educația personalului sanitar și de ocrotire în medicina infantilă preventivă, puericultura, ca model de îngrijire a copiilor sănătoși, debili congenitali și prematuri, nevolași, lipsiți de condițiile de îngrijire necesare în familia proprie, cât și pentru ospitalizarea copiilor cari suferă de boli sociale.

În fiecare regiune sanitară trebuiesc înființate: cel puțin câte un Centru pentru ocrotirea copiilor, câte un Spital de copii și câte o Maternitate; în fiecare județ: cel puțin câteun Cămin de copii și mame, câte o Secție de copii bolnavi și de Maternitate la Spitalul public, câteun Oficiu de ocrotire și câteun Dispensar de copii, cu serviciu social, surori de ocrotire, bucătărie de lapte; în fiecare plasă și, pe cât posibil, în fiecare circumscripție medicală rurală: câteun Centru de sănătate (Casă de ocrotire, Dispensar polivalent), cu consultații de copii, adăpost de zi (camere de alăptare), bucătărie de lapte, sală de nașteri, sală de izolare.

Fără aceste instituții, opera de ocrotire a familiei, mamei și copilului va rămâne în domeniul teoriei și birocrației, mărginindu-se la ordine în scris, inspecții și instrucții verbale, foarte indicate și utile ca început sau control, dar cari nu vor putea da decât un rezultat foarte neînsemnat, oricât de bune ar fi intențiile și mari eforturile organelor existente, cari le fac și le dau.

Ordinea de mai sus a instituțiilor va trebui strict respectată, evitându-se confuziile între atribuțiile diferitelor instituții.

Vor trebui în special bine diferențiate instituțiile cu caracter educativ și de îndrumare tehnică, de cele în subordine, curative sau preventive. Institutele de puericultură, organ conducător, tehnic, preventiv, de educație și studiu în puericultură, nu pot fi identificate nici cu centrele pentru ocrotirea copiilor, nici cu spitalele de copii, organe în subordine, preventive și curative și nici cu clinicile de copii. Actualele clinici infantile și de puericultură, neîncăpătoare și rău înzestrate, sunt incapabile să pregătească fie numărul suficient de medici specialiști puericultori și pediatri, fie personalul auxiliar, fie să dea măcar instrucția necesară studenților, viitorilor medici, în această specialitate fără concursul institutelor de puericultură, atașate acestor clinici. De asemenea celelalte institute de ocrotire a copilului și de ospitalizare sunt mult prea insuficiente ca număr, ca posibilitate de primire, utilaj și înzestrare, inclusiv (în medie) pregătirea conducătorilor pentru a putea face în mod corespunzător, fie educația personalului medical și auxiliar, fie ospitalizarea copiilor în numărul indicat. Așa se explică lipsa de postulanți la posturile de medici de puericultură sau pregătirea insuficientă, improvizată a lor. Medicii puericultori și pediatrii serios pregătiți, cât și personalul auxiliar cu numărul și pregătirea, necesare, cari n-au unde să-și facă instrucția în lipsa de instituții cuvenite, — în viitor, când acestea vor fi create, vor fi cea mai bună garanție pentru o reală activitate în ocrotirea familiei, mamei și copilului.

Ca principiu fundamental, nu trebuie mărită în mod excesiv activitatea pușinelor instituții existente, ceea ce rămâne realizabil, ci mărit numărul de instituții și delimitate atribuțiunile lor pe categorii.

Numai cu acest sistem s-au putut obține rezultatele atât de serioase și frumoase din țările străine și experiența noastră de 20 de ani ne arată de asemenea, că aceasta este calea pe care trebuie să urmăm și noi.

Somniferul cu efect sigur

chiar și în doze mici
($\frac{1}{2}$ tabletă), somn recon-
fortant și o deșteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX



ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, București

CALCIRON TRENKA

Guajacol - Calciu - Sirop de Malt

Gust foarte plăcut. Îl iau cu plăcere și copiii mici.

Ambalaje originale de 100 și 300 gr.

Ambalajul de 300 gr. costă cât 2 de 100 gr.

EUCARBON TRENKA

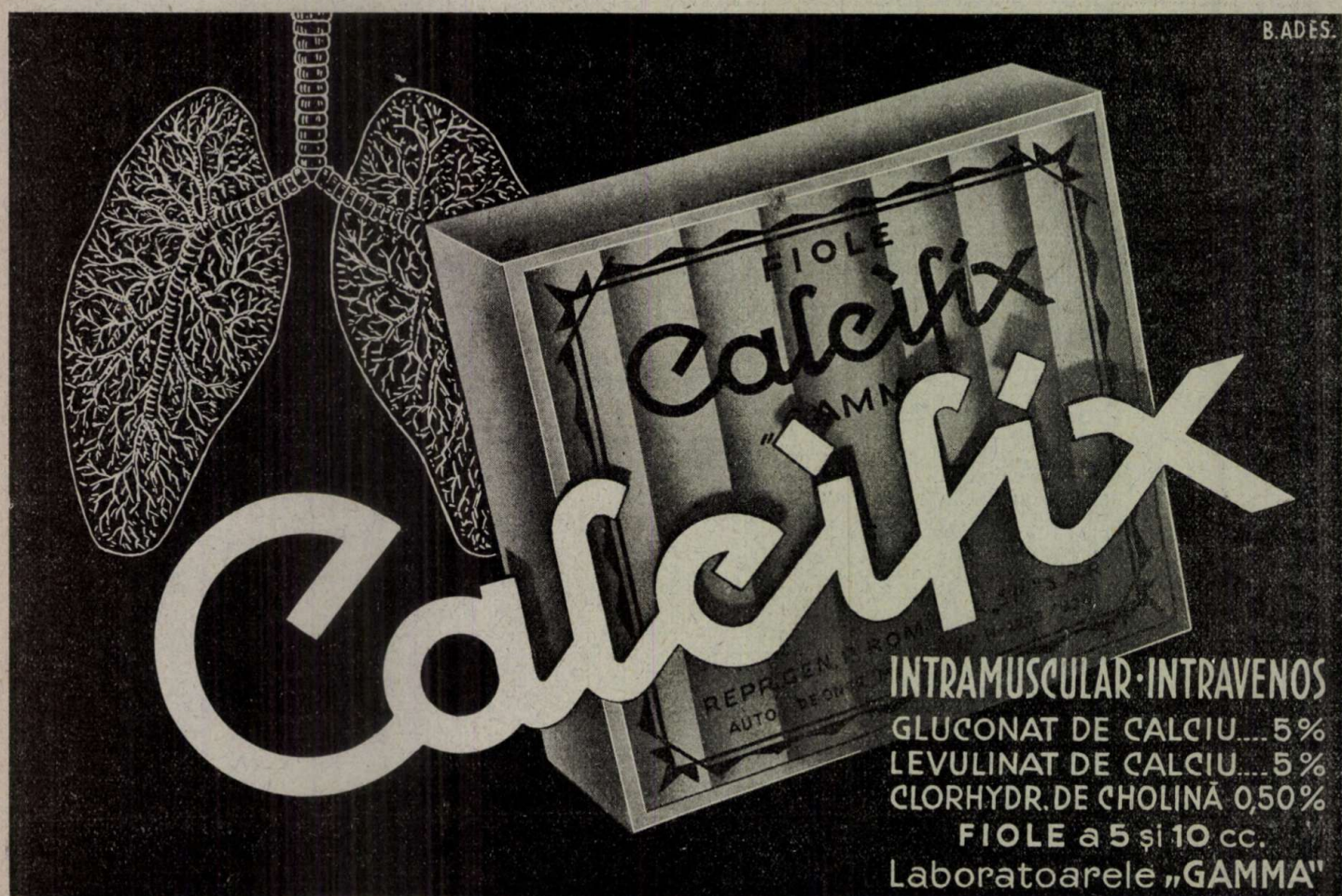
Ambalaj original de 40 și 100 Tablete.

— Unul dintre cele mai probate și eficiente produse germane —

REPREZENTANT:

Mr. G. HIETSCH, Sibiu - Strada Gh. Coșbuc Nr. 15

Laborator chimico-farmaceutic



Calcifix

FIOLE

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS

GLUCONAT DE CALCIU.... 5 %

LEVULINAT DE CALCIU.... 5 %

CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50 %

FIOLE a 5 și 10 cc.

Laboratoarele „GAMMA”

HORMONUL FOLICULAR OVARIAN

„GYNOFOLIN”

PREPARAT PUR BIOLOGIC, TITRAT RIGUROS ÎN UNITĂȚI ȘOARECE

FIOLE INJECTABILE (TOATE DOSAGIILE) CREMĂ ÎN TUBURI

COMPRIMATE

PICĂTURI



In afecțiunile
căilor respiratorii

BRONCHOSEPTOL

DRAGELE



Anemoton
„GAMMA”

TONIC ȘI
RECONSTITUANT

ANEMIE
SURMENAJ
LIMFATISM

INDICATII:
— Anemie —
— Astenie —
— Anorexie —
— Infirmități
— Neurastenie
— Rachitism
— Slăbiciune
— Scurtă respirație
— Scurtă respirație

Modul de întrebare
ADULTI 2-4 lingurițe
2-4 lingurițe
2-4 lingurițe
LABORATOARE „GAMMA”

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

Cu privire la învățământul igienei în școala primară

de

Dr. Crăciun Alexandru
medic de circumscripție

Poate că aceste rânduri nu vedeau lumina zilei, dacă nu a-ș fi fost convins de utilitatea discuției chestiunii învățământului igienei în școala primară.

Eu socot că, omul în vîrstă, este robul deprinderilor din copilărie, face ceea ce a învățat să facă și despre ceea ce este convins că e bine să facă. Pornind de la această concepție, ne dăm ușor seama că disciplina igienei, care are un rol așa de mare în vîrstă, se confundă în bună parte cu educația și trebuie să i se dea o importanță deosebită în învățământul primar. Mai ales la cursul supraprimar, igiena alături de religie, științele agricole, economice, industriale și istoria patriei, cred că ar fi bine să constituie partea principală a programului. Ultimii trei ani din școala primară, să devină astfel, o adevărată școală a vieții, unde elevii să învețe cu deosebire lucruri practice, de cari viitorul agricultor, meseriaș și industriaș, are nevoie în vîrstă, lăsând la o parte întreg balastul de abstracțiuni inutile vieții practice.

Felul cum se predă azi igiena în școala primară, este departe de-a corespunde scopului amintit. În primul rând, nu pot să înțeleg rostul lecțiilor de igienă, la elevii din cl. III-a, cari nu sunt în stare să priceapă noțiunile de anatomie, fiziologie și igienă. În primele trei clase e de ajuns să se facă educație igienică, în sensul ca elevii să-și însușească cultul curățeniei, urmând ca numai în cl. IV-a, să fie inserate, în cartea de citire, o serie de lecțiuni, cu cele mai elementare noțiuni de igienă.

Pentru cursul supraprimar însă, care după părerea mea trebuie organizat pe principii cu totul deosebite, mai adecvate necesităților vieții, ar fi bine să existe un singur manual de igienă scris de un medic cu experiență pedagogică, împărțit în trei părți, corespunzătoare claselor: V, VI și VII. În partea întâia (cl. V-a) să fie predate noțiunile elementare de anatomie și fiziologie, în partea doua (cl. VI-a), să fie expuse bolile epidemice și sociale, iar în partea treia (cl. VII-a), să fie igiena propriu zisă, care să cuprindă igiena satului, igiena gospodăriei, igiena corporală, igiena alimentației, cum și discuția problemelor de interes național, cum ar fi combaterea mortalității infantile și ocrotirea rasei.

În felul acesta, cred eu, că învățământul igienei, ar deveni mai util elevului din cursul supraprimar, care în manualul de igienă va avea un îndreptar al vieții sale materiale, după cum catechismul îi este o călăuză a vieții sale sufletești. Ar exista o legătură strînsă între noțiunile învățate în cl. V-a și cele din cl. VII-a, s'ar purcede de la simplu la compus, de la cunoașterea

ființei umane la cunoașterea dușmanilor omului (bolile) și înfățișat prin păstrarea regulilor de igienă, la preîntîmplarea cauzelor de îmbolnăvire.

Progresul față de ceea ce există în prezent, ar fi incomparabil. Azi noțiunile de anatomie, fiziologie și igienă sunt expuse fără sistem, multe lucruri se repetă în două trei clase consecutive, și ceea ce este și mai rău sunt redactate greșit. În cele ce urmează vom aminti câteva din erorile constatate, la capitolele de igienă din cărțile de citire, mai mult cu scopul de-a îndrepta decît de-a critica.

În cartea de citire, de cl. III-a, am găsit următoarele:

1. „Buboalele se storc de puroi”. Procedul de-a stoarce buboalele este periculos, prin difuzarea infecției în țesuturile din jur.

2. „Dizenteria dă răni pe mațul gros, cari se adîncesc până găuresc mațul”. Este adevărat că dizenteria dă răni pe mațul gros, dar perforația mațului este numai o complicație nu o regulă.

3. „Cauzele dizenteriei sunt: aerul strîcat, băuturile reci, oboseala, etc.” Toate acestea pot fi invocate doar ca factori favorizanți, cauza dizenteriei fiind bacilii dizenterici.

4. „Cînd se strînge inima asvârle sîngele prin țevile ce se văd umflate pe dosul mînei”. Cele ce se văd umflate pe dosul mînei sunt vene și este știut că inima nu asvârle sîngele în vene, ci în artere.

5. „Doctorul caută pulsul în vene și artere”. Pulsul se caută numai la nivelul unor artere.

6. „Sîngele se strînge în cămăruța dreaptă a inimii printr'o vîntă mare”. De fapt sîngele se strînge prin două vene mari.

7. „Un om sănătos răsufă de 20—40 ori pe minut”. Dacă cifra de jos se apropie de realitate, cea de sus (40) denotă o stare de boală manifestă. Omul respiră în medie de 16 ori pe minut.

8. „Schîmbul dintre sînge și aer se numește respirație”. Respirație se numește actul mecanic prin care omul introduce și dă afară aerul din plămîni, iar schîmbul dintre sînge și aer se numește hematoză.

9. „În cartea de citire pentru cl. V-a, de T. Iacobescu și V. Vrînceanu, vorbindu-se despre tratamentul scabiei, se spune: „.... după aceea să se ungă cu o alifie de pucloasă numită „Blemlinski”. În tratamentul scabiei se folosește soluția Wlemlinsky, ceea ce nu e tot una cu o alifie și nu e nici „Blemlinski”.

10. „Oasele illice sunt astfel întocmite și recurbate,

că alcătuiesc un fel de lighean, în care sunt așezate mai multe organe înseminate, stomacul, ficatul, intestinalele...". Deci ar rezulta că stomacul și ficatul ar fi situate în mod normal în bazin, când toată lumea știe că sunt așezate imediat sub diafragm și numai în cazuri patologice se deplasează spre bazin, prin ptoză sau hipertrofie.

11. „Într'un centimetru cub de sânge sunt cam 5.000.000 globule roșii și de abia 6000 globule albe". Cifrele de mai sus corespund la un milimetru cub de sânge, deci ar trebui înmulțite cu 1000 pentru a corespunde realității. (Cifrele cl. V-a de același autori).

12. „Microbii se pot mișca datorită unor prelungiri a corpului lor, ce seamănă cu niște firușoare și se numesc cili. Unii microbi au un singur cil, alții doi, alții mai mulți". Din cele citate ar rezulta că toți microbii au cili, deși în realitate numai puțini au cili. (Cifrele cl. VII-a, de același autori).

13. „Să facă gargară cu un antiseptic (sublimat d. p.)". Din marele număr de antiseptice, care se pot folosi pentru gargară, se recomandă sublimatul, care este toxic și nu se folosește pentru gargară, (idem).

Dacă la aceste erori mai adăugăm și lipsa de sistem, multiplele lacune care contrastează cu unele amănunte de prisos, atunci ne dăm seama că viitorul absolvent al școlii primare nu se alege cu prea multe cunoștințe de igienă.

Repet că nu am intenția de-a critica ci mai mult de-a îndrepta o greșală, vizând prin cele scrise aci

organizarea pe viitor a învățământului igienic în școala primară. Prin introducerea unui manual elementar de igienă, scris cu sistem, care să nu se schimbe în fiecare an, învățătorul ar putea mult mai ușor și în același timp mult mai complet, să infiltreze elevilor cunoștințele de care au nevoie în viață. Acel manual fiind ceva unitar, deși se învață în timp de trei ani, se va pretinde în întregime la sfârșitul clasei a VII-a, cu ocazia examenului de absolvire. Elevul va intra în viață cu o serie de cunoștințe de igienă bine asimilate, deci cu o cunoștință nouă, gata să lupte contra superstițiilor și apt pentru a primi orice reformă sanitară.

Eforturile Statului pe teren sanitar ar fi mult ușurate, având de-aface cu cetățeni conștienți, cu o mentalitate nouă.

Țăranul de mâine nu va mai confunda noțiunea frumos cu noțiunea de curat, nu se va spăla numai ca să fie frumos, ci se va spăla ca să fie curat. Nu va mai crede că bolile sunt aduse de vânt, sau că sunt date de forțe supranaturale ce nu pot fi influențate, ci se va strădui, prin respectarea regulilor impuse de igienă, să le evite.

Iată cum înțeleg eu, să ne întoarcem privirea tot spre școală, căci prin ea am ajuns la conștiința națională de azi și tot ea este chemată să schimbe mentalitatea noilor generații dela țară, pe teren sanitar, pentru a ridica la un nivel mai înalt sănătatea națiunii și implicit forța de afirmare a neamului.

Activitate și realizări sanitare

Un an de activitate și de realizări la Ministerul Sănătății

S'a împlinit un an la 27 Ianuarie 1942, de când conducerea Ministerului Sănătății a fost luată de către d-l Prof. Dr. P. Tomescu, în calitate de ministru, fiind ajutat de către d-l Inspector General Dr. I. Stoichiția, în calitate de secretar general. Deși anul expirat a fost un an de grele încercări și de grele împrejurări pentru țara noastră, totuși actualii conducători ai Ministerului Sănătății au reușit să producă realizări de o extremă importanță în toate domeniile activității sanitare și de ocrotire.

Toată această activitate ne este prezentată într'un număr special al revistei „România Medicală” (Nr. 4 din 15 II. 1942), iată titlul problemelor rezumate în acest număr de revistă:

I. Activitatea în domeniul organizării sanitare:

1. Problema cadrelor medicale și personalul sanitar necesare Statului și practicii medicale; 2. Situația bunurilor Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale; 3. Amenajarea și dotarea clădirilor sanitare; 4. Ame-

liorarea situației personalului sanitar; 5. Sporirea personalului sanitar; 6. Plasarea instituțiilor și a personalului refugiat; 7. Organizarea sanitară a Basarabiei și Bucovinei; 8. Organizarea profesională; 9. Organizarea administrativă; 10. Învățământul sanitar și de ocrotire; 11. Necesitatea unei colaborări strânse între toate instituțiile sanitare ale țării și între toți medicii; 12. Problema farmaciilor.

II. Activitate și realizări în domeniul medicinei preventive: 1. Consiliul superior al sănătății; 2. Contact direct cu serviciile sanitare exterioare; 3. Prevenirea și combaterea epidemiilor; 4. Combaterea bolilor sociale; 5. Igiena școlară; 6. Alimentarea cu apă potabilă; 7. Dispensariile mobile; 8. Organizarea preventivă.

III. Activitate și realizări în domeniul medicinei curative: 1. Progresele realizate de spitalele statului; 2. Organizarea spitalelor pentru răniți; 3. Înzestrarea spitalelor din Basarabia și Bucovina; 4. Aprovizionarea cu materiale sanitare; 5. Echipele volante de chirurgie.

IV. Activitate și realizări în domeniul ocrotirilor sociale.

Intrădeavăr analizând în mod obiectiv realizările multilaterale din acest an dela Ministerul Sănătății, constatăm, că ele sunt de o importanță capitală pentru viața sanitară dela noi, că ele sunt foarte bogate chiar pentru vremuri normale, însă pentru timpurile excepționale de astăzi pot constitui un titlu de mândrie pentru realizatori și dovedesc marele lor talent în problemele de organizare sanitară ale țării.

Pentru anul care urmează d-l Ministru *P. Tomescu* și d-l Secretar General *I. Stoichița*, preconizează următorul plan de lucru:

1. În primul rând este necesară reorganizarea Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale, în conformitate cu aprobarea principială ce a binevoit a da, Conducătorul Statului.

Prin noua organizare ce i se va da, Ministerul Sănătății trebuie să devină o autoritate superioară de cugetare, de doctrină, de studiu, de directive, de control și de realizări pe plan medical, sanitar și de ocrotire socială, — în locul organismului administrativ foarte greoi de astăzi.

Se urmărește realizarea acestor principii prin:

Menținerea, consolidarea și amplificarea direcțiilor tehnice din Minister, odată cu comprimarea direcțiilor administrative, — foarte mult hipertrofiate.

În acest scop s'a procedat de pe acum la o largă descentralizare a administrației sanitare, eliberând Ministerul de un birocrațism care paraliza funcționarea lui normală.

Din această cauză, se ajunsese la situația paradoxală a unei lipse de unitate în ceea ce privește acțiunea sanitară în țară. Ea se desvolta inegal și fără să se țină seama de nevoile cele mai urgente.

Totul depindea numai de însușirile personale ale medicilor din diferite regiuni și de înțelegerea autorităților locale pentru problemele sanitare.

Aducând toate elogiile oamenilor de inițiativă, a trebuit și trebuie încă să stimulăm pe toți, pentru a desvolta organizația noastră sanitară pe tot întinsul țării.

În această direcție s'a lucrat mult în cursul anului 1941, iar programul de dezvoltare al organizației sanitare pe care l-am întocmit sperăm că va putea remedia majoritatea lipsurilor ce am constatat.

2. Stabilirea unei colaborări cât mai strânse și mai rodnice între diferitele compartimente ale organizației sanitare precum și între acestea și celelalte organe de Stat și inițiativa particulară.

3. În sectorul curativ, se va continua opera de reorganizare și modernizare a spitalelor, creînd centre mari spitallcești cu servicii de specialitate bine utilizate în toate capitalele de județ.

Pe lângă fiecare spital mare va trebui să funcționeze și un serviciu de consultații ambulante pe spe-

cialități medicale, având rolul unui dispensar polclinic cu atribuții mixte de ordin curativ și preventiv.

Spitalele mixte din mediul rural se vor reorganiza ca centre de izolare și profilaxie pentru bolile epidemice și bolile sociale. Ele vor dispune de instalații de bae cu dușuri și cuptoare fixe de deparazitare.

Se va căuta să se termine construcțiile de spitale începute și să se execute toate amenajările și reparațiile necesitate de cutremur sau de transformarea serviciilor.

4. În sectorul preventiv se va urmări:

a) Sporirea, treptată a plășilor sanitare conduse de medici igienisti asistați de surori de ocrotire și medici specialiști pentru principalele probleme de medicină preventivă;

b) Sporirea numărului surselor de ocrotire și sistematizarea activității lor în domeniul educației igienice a populației și a combaterii mortalității infantile;

c) Organizarea de cât mai numeroase cursuri de educație, igienă și gospodărie casnică pentru soții și mame, cu deosebire în mediul rural;

d) Intensificarea acțiunii de propagandă sanitară prin utilizarea cinematografului, a broșurilor de propagandă, conferințe și afișe murale potrivite împrejurărilor specifice din țara noastră;

e) Continuarea acțiunii de înființare de case de ocrotire și dispensarii medicale rurale, având fiecare și câte o bae populară și cuptor de deparazitare;

f) Stimularea și sprijinirea acțiunii locale pentru ridicarea igienică a satelor și orașelor prin construirea de fântâni publice, apeducte, canalizări și alte instalații care deservesc salubritatea publică;

g) Sporirea numărului medicilor de circumscripții sanitare rurale până la media generală de un medic pentru maximum 6000 locuitori.

Asigurarea unei salariizări corespunzătoare personalului sanitar din mediul rural și asigurarea mijloacelor necesare de transport prin procurarea de vehicule;

h) Pregătirea unui personal sanitar și de ocrotire cât mai numeros și capabil să corespundă tuturor cerințelor de serviciu.

5. În domeniul boalelor sociale va trebui să desfășurăm o acțiune puternică pentru combaterea tuberculozei, a malariei și a boalelor venerice care fac victime foarte numeroase.

6. În domeniul ocrotirilor sociale, se va ataca în acest an problema demografică prin legiferarea ocrotirii familiei ca celulă de bază a societății și generatoare de noul vițel românesc.

7. O grijă tot mai vigilentă și o vastă acțiune de ocrotire față de invalizi, orfani și văduvele din războiul nostru sfânt de desrobire.

8. Continuarea viguroasă a pregătirii cadrelor de personal tehnic necesar pentru realizarea unui program sanitar și de ocrotire de mari proporții.

Conferința anuală a medicilor sanitari din Inspectoratul Sibiu

Vizita d-lui Dr. I. Stoichiția, Secretar General al Ministerului Sănătății în Inspectoratul General Sanitar Sibiu

Conform unui obicei introdus de mai mulți ani în urmă în Inspectoratul General Sanitar Sibiu, s'au ținut și în acest an conferințele anuale ale medicilor sanitari din județele aparținătoare Inspectoratului General Sanitar Sibiu.

În ziua de 9 Febr. 1942 a avut loc conferința medicilor din județul Brașov, în ziua de 10 Febr. 1942 a medicilor din jud. Făgăraș, în ziua de 13 Febr. a. c. a medicilor din jud. Târnava-Mare, în ziua de 14 Febr. 1942 a medicilor din jud. Târnava-Mică, iar în ziua de 17 Febr. 1942 a medicilor din județul Sibiu. La cele trei din urmă a luat parte și d-l *Secretar General al Ministerului Sănătății domnul Dr. Iosif Stoichiția*.

Cu ocazia acestor conferințe domnii medici de circ. sanitare rurale și urbane au prezentat darea de seamă în scris asupra activității și asupra diferitelor probleme de ordin medical, sanitar și de ocrotire. Concluziile dării de seamă precum evenimentele și faptele mai importante au fost expuse oral.

La aceste conferințe s'au prezentat toți medicii sanitari și din expunerea rapoartelor s'a putut constata că cu toate împrejurările defavorabile în anul 1941 s'a muncit intens și buna funcționare a serviciilor s'a asigurat în mod mulțumitor. Cu toate că în medie 50% a circumscripțiilor sanitare au fost în marea parte a anului lipsite de medicul conducător din cauza concentrărilor, prin munca încordată a suplinitorilor s'a putut face față împrejurărilor. Se impune mențiunea că cu toată lipsa mare a medicilor din mediul rural,

mersul epidemiilor a putut fi controlat și ținut în limitele unei situații puțin îngrijorătoare.

S'au realizat în mai multe județe construcții noi și moderne de dispensare și băi publice în valori, care denotă o inițiativă și grije deosebită a organelor locale pentru sănătatea publică.

Se desprinde însă din rapoartele întregului corp medical dela țară o plângere a cărei soluționare se impune în modul cel mai acut și categoric: imposibilitatea executării inspecțiilor sanitare a comunelor din cauza lipsei mijloacelor de deplasare proprii și a prețurilor extrem de exagerate ce plătesc medicii pentru transportul cu mașina sau căruțe. Domnii Prefecți care asemenea au luat parte la aceste conferințe au promis să dea sprijin serviciilor sanitare rurale prin impunerea comunelor la bugetarea unei cote anuale pentru deplasarea medicilor de circumscripție în interes de serviciu.

Cu scopul de a desvolta aceste conferințe și a le imprima din ce în ce un caracter practic și științific, la sugestia Domnului Secretar General, s'a dispus ca în viitor alături de discuțiile asupra rapoartelor să se facă o expunere științifică asupra unor probleme de actualitate cu caracter general. S'a fixat subiectul conferinței pentru fiecare județ, desemnându-se în același timp conferențiarul.

La sfârșitul conferințelor Domnul Secretar General și Domnul Inspector General Sanitar au dat diferite îndrumări tehnice cu privire la mersul serviciilor și desvoltarea lor.

Conferință în vederea utilizării studenților în medicină în cursul verii

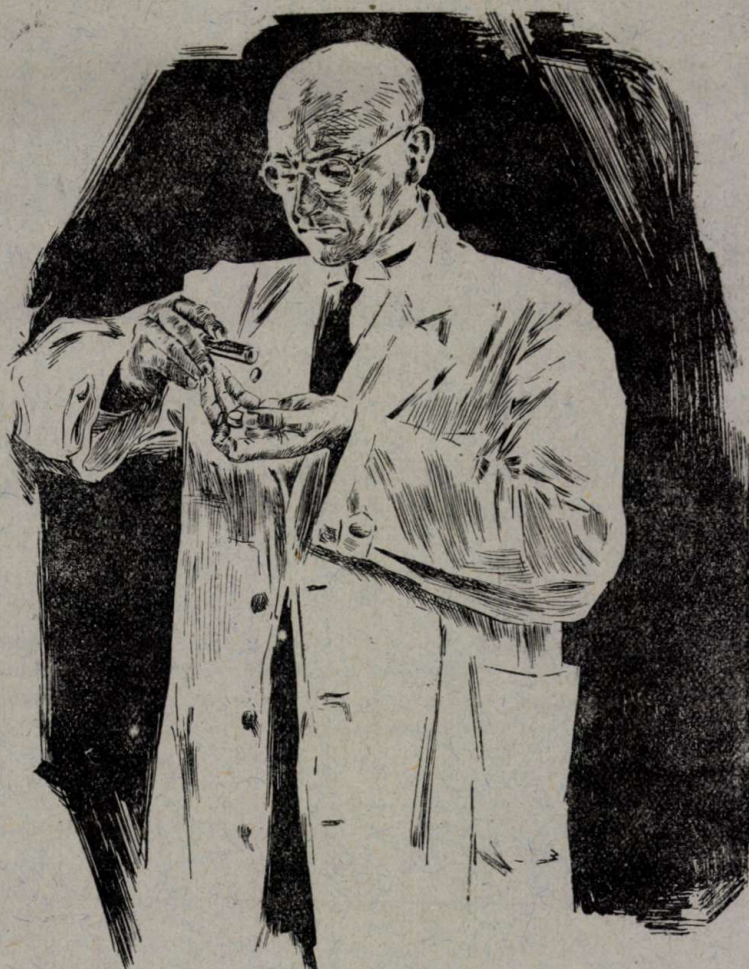
În ziua de 17 Februarie a. c., orele 17, s'a ținut la Decanatul Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, o conferință, în vederea utilizării studenților în medicină în cursul vacanțelor de vară la Instituțiile Spitalicești civile și militare.

Au luat parte la această consfătuire D-l Dr. Iosif Stoichiția, Secretar General în Ministerul Sănătății, D-l Decan al Facultății de Medicină Dr. V. Papilian, D-nii Prof. Dr. Țeposu și Dr. Aleman, D-l Medic Maior Dr. Mihail, Comand. Spitalului Militar, D-l Dr. Aurel Popu, Subinspector General Sanitar, D-l Dr. Octav. Filipescu, Dir. Spitalului Public, D-l Dr. Liviu Ionașiu, Dir. Spi-

talului de Boli Mintale Sibiu, D-l Dr. Galan, Medicul Șef al Casei Asigurărilor Sociale, D-l Dr. Weindel din partea Sanatorului Luther și D-l Dr. Ioan Sturza, Med. Șef al Municipiului.

D-l Secretar General Dr. Stoichiția, arată necesitatea de a se organiza cursuri de pregătire pentru studenții din anul I și II spre a fi inițiați în problemele de mică chirurgie și desinfecție, cunoștință indispensabilă activității la care vor fi chemați în cursul verii.

D-l Decan Dr. Papilian, în numele Facultății declară, că întreg corpul profesoral se pune la dispoziție pentru realizarea acestui scop.



Eu însumi le-am încercat!

Pe preparatele „MERCK“ te
poți bizui, indiferent dacă în
scop terapeutic sau în laborator

E. Merck

FABRICĂ DE PRODUSE CHIMICE - DARMSTADT
FONDATĂ ÎN 1827

Ovarium Panhormon ^{Henning}

Hormon folicular + Extract total

în fiole și drageuri de
1000, 10.000 și 50.000 ME

Preparat de hormon ovarian obținut pe cale naturală. Conține în afară de hormonul folicular toate substanțele active ale ovarului, importante ca componente catalizatoare și activante precum și ca factori stimulanți ai metabolismului.

Codex S. A. R., Calea Șerban Vodă 41, București.

POMADA
ANALGEZIC-CICATRIZANT
PLĂGI • ARSURI
IRITAȚIUNI CUTANATE • ULCERE
Pastă de Ol. Jecoris, cu ZnO. și Talc
TUB MIC, MARE ȘI CUTII 1/4 Kg.

MOLLE
POMADA DESITIN FARA OXID DE ZINC ȘI TALC
ARSURI INTINSE
PLĂGI CU PIERDERI DE SUBSTANȚĂ
PLĂGI ATONE
OSTEOMIELE
Se întinde ca pansament în strat gros sau se toarnă direct în cavitate
TUB 40 g., 100 g. ȘI CUTII 1/2 Kg.

PUDRA
PUDRA GRASA ADESIVA PE BAZA DE OL. JECORIS ABSORBE SECREȚIUNILE
IRITAȚIUNI SUPERFICIALE
TRANSPIRAȚIE TOALETA SUGARILOR
CUTII METAL MICI ȘI MARI ȘI PLIC 100 g.

DESITIN
cu vitamine naturale A+D

Codex S. A. R., Calea Șerban Vodă 41, București.

Discutându-se în detaliu s'a hotărât următoarele :

Studentii anului I și II vor fi repartizați în serii (2—3) și vor urma timp de o lună în două zile pe săptămână cursuri teoretice-demonstrative și exerciții practice de pansamente în amfiteatrele facultății. În luna a doua pe lângă aceste cursuri ei vor fi introduși în diferitele secții chirurgicale ale spitalelor.

Atât repartizarea studenților pentru cursurile teoretice demonstrative, cât și repartizarea lor la spitale

rămâne în sarcina Decanatului, pentru ca aceste să poată fi puse în concordanță cu orele de curs dela Facultate.

Pentru demonstrațiile practice în Spitale vor servi următoarele servicii :

Spitalul Public, Spitalul Militar, Clinica Chirurgică I, Clinica Chirurgică II, Clinica Stomatologică, Clinica Oto-rino-laringologică, Clinica Martin Luther, Ambulatorul Casei Asig. Sociale, Spitalul Boli Mintale (Institutul Cancer) și Spitalul Z. I. Ursuline.

Revista cărților

Papilian Victor și Velluda Constantin. Istoricul antropologiei în România. Anal. Acad. Rom. S. III. T. XVII. Mem. I. 1941. 46 pag. 8°.

Antropologia este una dintre științele tinere ale României. Până în 1920 ea a fost lipsită de conducere și competență. Din acest an, odată cu noua Facultate de Medicină dela Cluj, Antropologia românească, nu numai că se înscăunează într-o așezare durabilă, ci înregistrează încă an de an noi slujitori, integrându-se prin marea lor activitate în sfera antropologiei mondiale.

Inițiatorul, organizatorul acestui progres impresionant este fără îndoială d-l Papilian, profesorul de Anatomie Umană, secundat de colaboratorii săi prețioși, între care cel mai valoros este d-l Conferențiar C. Velluda.

D-l Papilian publică în 1920 studii craniometrice asupra Românilor Ardeleni, punct de plecare a numeroase și statornice explorări antropologice etnice. Tot la Cluj, ia ființă Societatea Română de Antropologie, condusă dela început de ctitorul ei, d-l Papilian. Societatea își are Buletinul ei propriu.

Bogata activitate a culminat prin participarea foarte activă și valoroasă a acestei societăți la ședințele Congresului Internațional de Antropologie din 1937, care a avut loc la București.

Antropologie morfologică, rasială, biologică, constituțională, bio-tipologică și criminală, sunt stăruiitor studiate și prezentate în ședințele societății.

Antropologia Română are străluciți reprezentanți și în capitala țării d-l prof. Parhon și d-l prof. Rainer, primul în domeniul constituțional, al doilea în cel morfologic. Astăzi, datorită muncii perseverente și unei puternice autorități științifice, d-l prof. Rainer se găsește în fruntea primului Institut de Antropologie a României. Acest Institut posedă una din marile colecții craniene.

Astfel că cele două Institute de Anatomie dela Cluj și București, într'un spirit unanim de închinare față de știință și progres, care au animat pe conducătorii lor, au dus astfel, la realizarea idealului comun. S'a creat întreaga instrumentație științifică și socială, pentru dezvoltarea acestei științe mari și utile omenirii.

Alături de aceștia, o serie întreagă de cercetători în acest domeniu, găsim muncind pe tărâmul cunoașterii specificului nostru etnic. Numărul lor crește mereu, iar o privire retrospectivă în evoluția acestei discipline, deși tinere, dar atât de importantă la noi, se simțea cerută. Este tocmai ce au făcut *Papilian și Velluda* în „Istoricul antropologiei în România”.

Aceștia impart evoluția antropologiei în România în trei perioade: *perioada primă* (1830—1872) cuprinde lucrările lui *Pavel—Vasici—Ungureanu, Czihak, Episcopescu, Bassero*, lucrări cu interes mai mult didactic, unde noțiunile de Antropologie se

confundau cu cele de științe naturale, cosmologie, și imbibate în mare parte de misticism.

Perioada a doua cuprinde începutul lucrărilor originale în sensul ideilor de antropologie propriu zisă, începute de *I. Koperniski, Hovelaque, Obedenariu* tinând dela 1872 până după războiu (1918). De această perioadă se leagă înafară de cei amintiți mai sus, numele lui *Zaharia Petrescu, Weisbach, Obreja, M. Minovici, V. Gomoiu, O. S. Lecca, Borcescu*, dar mai ales a antropologului filo-român dela Geneva *E. Pittard*. Lucrările acestei perioade mai ales sunt de antropometrie.

Perioada a treia începe după războiu. „Noua așezare a poporului român a impus oamenilor de știință datoria să se ocupe în mod sistematic de imensul material antropologic aflat în țara noastră”. (Papilian—Velluda). Numărul autorilor și lucrărilor în această perioadă este foarte mare, directivele de studii multiple, ele abordând antropologia pe toate tărâmurile ei de manifestare.

Din examenul general al lucrărilor apărute în această perioadă, putem vedea că cercetările au fost îndreptate în patru direcțiuni: *Antropologia morfologică, Rasele, Tipurile constituționale, Grupele sanghine*; înafară de prima direcție celelalte trei sunt abordate la noi în țară pentru prima oară acum.

Acestei perioade îi corespunde de asemeni înființarea: *Societății Române de Antropologie* (1933), *Secției de Antropologie, Demografie și Eugenie* (1935), inițiată de Institutul Social Român ca și „*Institutul de Antropologie al României*” datorit Profesorului Francisc Rainer, cu valorosul muzeu anexat lui.

Lucrarea autorilor cuprinde și o expunere a evoluției introducerii studiului antropologiei în România, ca și o bibliografie completă a tuturor lucrărilor apărute dela 1830—1940 (1 Septembrie) în acest domeniu.

Lucrarea prezintă nu este decât o completare a „Istoricului Antropologiei în România”, prezentată de autori deja din 1937 la Congresul Internațional de Antropologie [dela București.

Prof. M. Kernbach

„*Imbecilitatea*”, (Der Schwachsinn) Vol. I, 358 pag., în „*Handbuch der Erbkrankheiten*” de *Dr. F. Dubitscher*. Edit. Georg Thieme Leipzig, 1937. Se găsește de vânzare la librăria Welther, Sibiu.

După introducerea, care face o împărțire a imbecilității din mai multe puncte de vedere (anatomopatologic, punct de vedere social și etiologic), autorul începe a trata etiologia imbecilității, luând în considerare defectele ereditare, înrudirea părinților, cauza înainte, în timpul nașterii și după nașterea și cauzele sociale, — un capitol chibzuit dând și cu de-a-mănuntul. Autorul scoate în relief formele diferite ale imbecilității, descriind și personalitatea normală.

Urmează schimbările psihice, apoi cele patologice, anatomice și patologice, un capitol foarte reușit și temeinic prelucrat. Partea 7-a tratează formele deosebite ale imbecilității. Aproape nimic n'a fost lăsat afară sau suprimat.

În capitolul despre diagnosticul imbecilității, autorul menționează toate delimitările calitative și cantitative și mijloacele, aparținând diagnosticului diferențial.

Un capitol deosebit de impresionant, este acel despre importanța socială a imbecilității; chemarea, școala, milieul sunt aici luați în considerare.

Pe urmă autorul tratează imbecilitatea ca o primejdie socială de o importanță deosebită. Autorul recomandă măsuri de tratament cauzal și simptomatic, mai departe îngrijire socială, măsuri de caracter ereditar, — un capitol deosebit de bine prelucrat. E natural, că se tratează însemnătatea imbecilității din punct de vedere al medicului legist.

Un capitol excelent și care tratează materia cu de-a-mănuntul, este acel despre examinarea inteligenței cu numeroase testuri.

Această carte ar trebui să se afle în biblioteca fiecărei psihiatrii dar și medicul practician găsește în ea multe clarificări despre cazuri greu de tratat în toate ramurile științei medicale. În cele din urmă această carte este un îndrumător bun pentru medicii de tribunal și de școli, pentru sociologi și pentru conducătorii de instituțiuni publice, chiar și pentru preoți.

Această operă recomandabilă pentru toate cercurile, se termină cu o bibliografie bogată asupra subiectului.

Dr. Revesz

Experiența antropologică și determinismul manifestărilor umane de Dr. Victor Preda. (Dacia Traiană, Sibiu 1942)

Noile studii referitoare la om, au renovat concepțiile vechi antropologice, transformând-o azi aproape într-o disciplină nouă. Vechile cercetări antropologice, mai mult statice și foarte puțin dinamice au cedat locul noilor concepții, în care omul este studiat și prin alte fețe decât cele zoologice. Omul, privit sub aspectul unei unități biologico-sociale, legat de toată seria fenomenelor cosmice, nu mai poate fi studiat de-o antropologie pur descriptivă și antropometrică, ci ea trebuie să încadreze omul în același studiu de unitate a lui, să defrizeze și să studieze toate treptele, cari începând dela o bază mai largă ne duc încetul cu încetul în vârful piramidei, unde-l întâlnim pe om. Calea de urmat pentru a ajunge aici este anevoioasă, complexă cu multe aspecte, unde alături de o parte din vechile concepte și cercetări trebuie să adăugăm și altele noi. Acestea vor privi nu numai omul fizic ci și pe omul psihic și pe cel social, al societății în sensul larg, dar și a celei locale mai limitate dar reale. Limitele lui largi de evoluție biologică, atât de caracteristic ființei umane, dela cosmos

până la etnic, dela fizic până la psihic și dela omul din societatea primitivă până la cel al societății atât de complicate de azi, cu toate manifestățiunile și cauzele cari le produc și le dirijează, trebuie să-și găsească loc în această știință eminamente a omului. Nici zoologia, nici anatomia cu fiziologia, nici sociologia sau psihologia, ca și niciuna din științele care se ocupă de oricare manifestare omenească, nu mai pot constitui studii izolate, fără nici-o legătură între ele. Din contra ele trebuiesc încheiate alegându-se din ele elementele cu care să se constituie „omul integral”, omul în totalitate, rezultanta și expresia biologică cea mai înaltă a vieții. Cine va face această sinteză? Incontestabil antropologia. Vechile ca și noile achiziții asupra omului, și mediului său, a influențelor acestora asupra lui, apoi biotipologia, raseologia fizică și serologică, genetica, antropo-sociologia, etnologia și etnografia, alături de psihologia cu studiul persoanei ca unitate biologică și filozofia, azi trebuie să fie selecționate și coordonate de antropologie spre rezolvarea problemei omului unitate bio fizico-psihico-socială.

Studiu amplu, anevoios, cu un material enorm din toate domeniile de cunoștință, dar totuși necesar.

Meritul Doctorului Victor Preda este în primul rând a fi înțeles în sensul de mai sus, această problemă. Vastul material necesar unui atare studiu este sistematizat și expus în mod cum nu se poate mai clar și mai precis. Bogăția de date pe care-o găsim aici dovedesc frumoasa și multilaterală cultură a autorului, din atâtea domenii; dar ceea ce constituie încă un mare merit al Doctorului V. Preda este spiritul critic și mai ales afirmarea unor păreri personale. Eticheta de „Experiență antropologică” face parte din aceleași idei personale, în care autorul — ca om de știință — înțelege a acorda credit, aceloră din date care sunt în concordanță și verificate de fapte și experiență. Toate teoriile și sistemele sunt bune, până la verificarea lor și genetica modernă e un exemplu de verificare experimentală din domeniul biologiei și evoluției. Din acest punct de vedere, toate capitolele expuse de autor, sunt animate de același spirit critic de selecționare a ideilor în sensul verificărilor prin fapte.

Unitatea de concepție cu care e privită și expusă problema, face din lucrarea de mai sus un studiu instructiv și agreabil pentru aceia cari doresc a cunoaște multiplele preocupări și domeniul atât de vast al antropologiei moderne.

În cele 140 de pagini, autorul abordează astfel: Cadrul disciplinei antropologice, Caracterele somatice și rasa, Constituția, Ereditatea, Caracterele etnice, Manifestările vieții materiale, psihice și sociale, Acțiunea mediului extern, Evoluția, Poziția omului în cadrul naturii și-a societății, reușind astfel pe deplin să ne înfățișeze problema în tot ansamblul ei.

Dr. C. C. Velluda

Revista revistelor

INTERNE

Asupra cunoașterii acțiunii vitaminei C naturale.

(Zur Kenntnis der Wirkung des natürlichen C Vitamins) de A. Kuhn și H. Gerhard. „Hippokratēs” 1941, Nr. 52, pag. 1284—88.

Se comunică deosebirile de acțiune cari au fost stabilite în baza a numeroase experiențe experimentale pe animale și clinice și cari sunt în favorul vitaminei C naturale. Câteva experiențe clinice și experimentale n'au confirmat această superioritate a vitaminei C naturale. Cu toate aceste câteva experiențe contradictorii, în baza rezultatelor de până acum trebuie să stabilim că în special pentru om există o mai bună utilizare a vitaminei C naturale,

decât a celei sintetice. Se discută bazele, pentru care este mai bine utilizată vitamina C naturală. Din cele 3 cauze posibile pentru o mai bună utilizare a vitaminei C naturale, se insistă în special asupra ipotezei Wachholder și se dă material experimental în sprijinul acestei ipoteze, anume, că oxidaza-acid-ascorbic se menține mai bine în preparațiunile de plante proaspete decât în droguri.

Vitamina K într'un caz grav de purpură reumatică. (Vitamin K in einem schweren Fall von Purpura-Rheumatica) de H. Schaad. Schw. Med. Wchschr. 1941, Nr. 52, pag. 1622.

Se relatează observația unui bolnav de 51 de ani cu o purpură reumatică gravă, care a fost tratat cu toate medicamen-

tele obișnuite până acum în astfel de cazuri (salicilat, piramidon, calciu etc.), fără a se produce nicio ameliorare în starea bolnavului. Se aplică atunci un tratament cu preparatul de Vitamină K. *Sincavit*, pe cale intravenoasă concomitent cu injecțiunile de calciu, cu un rezultat foarte bun. În curs de 2 săptămâni bolnavul a fost complet vindecat.

Tetanie în stenoza pilorică. (Tetanie bei Pylorusstenose) de Dr. J. Babillotte. Med. Welt 1941, Nr. 52, pag. 1341—42.

Se relatează un bolnav cu o stenoză pilorică benignă, la care s'au produs fenomene de tetanie cu psihoză. Este vorba de un pacient, care deja din 1927 a prezentat un ulcer duodenal, după care s'a instalat încet o stenoză pilorică pronunțată. În ultimile 14 zile înainte de a intra în serviciu s'a produs o agravare acută cu vărsături incoercibile. Prin aceste vărsături continue s'a ajuns la o pierdere mare de acizi gastrici, mai ales că n'a putut ingera niciun aliment și că din cauza iperacidității prezente, pierderea în acid clorhidric a fost în special însemnată. În urma diminuării acidității s'a produs o alcaloză, care a avut drept consecință manifestarea simptomelor tetanice. A fost prezent fenomenul lui Trousseau și al lui Chvostek, pe electrocardiogramă s'a pus în evidență modificarea caracteristică pentru tetanie, prelungirea lui QT. În afară de aceasta s'a produs tabloul unei psihoze tetanice acute. După tratament intensiv cu calciu și cu AT—10 au dispărut atât simptomele subiective cât și cele obiective, astfel că tratamentul operativ al stenozei pilorice a putut fi executat. După operație bolnavul s'a refăcut repede. La părăsirea serviciului starea generală a fost foarte bună, simptomele de tetanie nu mai erau de loc prezente.

I. Gavrilă

Dolantin pentru combaterea durerii în medicina internă de Dr. K. E. Vogt, Clinica medicală, Marburg. Referat după Med. Klin. 1940, Nr. 23.

În afecțiunile interne, pentru înlăturarea durerilor moderate, sunt necesare cam 6 tablete (= 150 mgr) de Dolantin¹⁾; efectul manifestă după 20—40 minute. Dacă nu se produce niciun efect, continuarea administrării pe cale bucală este un non-sens; este mai bine să se dea 50 mgr (sau 100 mgr) de Dolantin subcutan sau intramuscular; efectul este evident după 5—15 minute. Cu administrarea intravenoasă lentă, în care este preferabil să se dilueze Dolantin în 10 cmc de dextroză 10% sau într-o soluție de ClNa 0,9%, dispar chiar și cele mai mari dureri. În cazul unor dureri de intensitate mijlocie este indicată administrarea supozitoarelor cu Dolantin, de câte 100 mg, cari lucrează apoi după 20—40 de minute. Cu toate modurile de administrare, dispariția durerilor durează 3—4 ore, rareori mai puțin, deseori mai mult. Eșecuri complete nu prea au fost observate în cele 100 de cazuri la cari a fost administrat. Mai cu seamă în afecțiunile aparatului digestiv (ulcer, gastrite grave), doza de 6 tablete sau da 3 ori câte un supozitor a avut o acțiune remarcabilă, de multe ori mai bună ca atropina, ale cărei efecte asupra salivăției, pe care o inhibează și asupra acomodăției, pe care o turbură, lipsesc Dolantin-ului. Dozele menționate sunt de obicei suficiente și în colecistite cronice (fără calculi), în colite, peritonite tuberculoase. În litiaza biliară și în colecistite acute, este preferabil să se administreze de 3—4 ori pe zi câte o fiolă de Dolantin, de asemenea în ileus și în cancerle gastrice, colecistice sau hepatice.

Și în litiaza renală se injectează Dolantin; dacă injecția se face intravenos, durerile cedează chiar din timpul injectării. În pleuritele uscate, pneumonie și tuberculoză pulmonară injecția de Dolantin produce o ameliorare netă a turburărilor, fără ca tusa însăși să fie sensibil influențată. În poliartrite, polinevrite, nevralgii, tumori cerebrale și medulare, tromboze ș. a. intensitatea durerii va deceda asupra modului de administrare a Dolantin-ului,

în timp ce în cefalee datorite răcelii, sinuzite, hipertonii și turburări vasomotorii tabletele de Dolantin sunt întotdeauna suficiente. Toleranța pentru Dolantin a fost bună; numai de 2 ori s'a produs un placard urticarian la locul injecției. Uneori a apărut o oarecare senzație de oboseală, amețală, somnolență, ca după o beție ușoară cu alcool, și atunci, numai după ce se depășise administrarea a 50 mgr (de cele mai multe ori parenteral). Transpirație difuză, palpitații, grețuri și vărsături nu au fost întâlnite decât la foarte puțini bolnavi.

*

INFECȚIOASE

Evoluția clinică și caracterele bacteriologice a câtorva cazuri de meningite meningococice. (Evolution clinique et caractères bacteriologiques des quelque cas de meningites a meningococcus). Schw. Med. Wchschr. 1941.

Din studiul clinic, citologic, chimic, bacteriologic și serologic a 6 cazuri de meningite cu meningococi rezultă următoarele concluziuni:

Determinarea speciei meningococilor nu poate fi realizată în mod exclusiv prin studiul fermentațiilor zahărurilor, ea trebuie confirmată prin examene serologice. Studiul biochimic al meningococilor arată de fapt proprietăți individuale variabile. În cazurile autorilor la fel fermentația n'a prezentat raport cu tipul.

Din 7 surse de meningococi izolate numai două au putut fi aclimatizate în mod definitiv sau temporar pe geloză simplă. Din contră trei au putut fi cultivate deodată pe geloză obișnuită.

Aglutinarea marcoscopică a permis singură de a determina ușor tipul meningococului în cauză. Tot așa și reacția Bordet-Gengou, care s'a arătat de o citire tot așa de ușoară ca și aglutinarea.

În cazurile autorilor odată a fost vorba de meningococ B, în celelalte 6 cazuri de meningococ A.

N'a existat relațiune între tipul bacterian și gravitatea afecțiunii. Letalitatea cazurilor (2 cu meningococi A) a fost în raport mai mult cu punerea în aplicare tardivă a tratamentului.

Sub acțiunea chimioterapiei sulfamidate, independent de tip, ameliorarea formulei lichidului cefalrachidian în general a fost extrem de rapidă.

Contribuțiune clinică la febra de Malta. (Klinischer Beitrag zum Malta-Fieber) de Dr. Paul Laurentius. Med. Welt 1941, Nr. 51, pag. 1306—7.

Autorul ne comunică în mod rezumativ evoluția clinică a unui caz de febră de Malta. Se discută dificultățile în diagnosticul diferențial și greșelile posibile. Ne vom gândi la febra de Malta în cazuri de boli infecțioase febrile de lungă durată. Tratamentul a constatat din administrarea a 20 gr Eubasinum, după care boala s'a vindecat repede și a evoluat fără complicațiuni.

Parotidita epidemică și diastază urinară. (Parotitis epidemica und Urindiastase) de Dr. E. Stangmann. Dtsch. Med. Wchschr. 1941, Nr. 51, pag. 1387—89.

Autorul relatează rezultatele obținute prin determinarea diastazei urinare în 13 cazuri de parotidită epidemică necomplicată și în 7 cazuri complicate. S'a constatat o urcare a valorii diastazei în faza acută a bolii cu maximum între 5 și a 7-a zi de boală. Survenirea unei complicații febrile produce o nouă urcare a diastazei, care înainte revenise la normal. Se insistă asupra importanței diagnostice a diastazei urinare în parotidita epidemică.

Așanumitul icter cataral și hepatita epidemică. (Der sogenannte katarrhalische Ikterus und die Hepatitis epidemica) de Prof. Dr. F. Dietrich. Dtsch. Med. Wschr. Nr. 1/1942, pag. 5—10.

În baza unor observațiuni multiple de icter „boala soldaților“ se ajunge la părerea, că în aceste cazuri este vorba de he-

1) Clorhidrat al aethylesterului 1-methyl-4-phenyl-piperidin-4-acid carbonic.

patita epidemică și că așa numitul icter cataral este identic cu hepatita epidemică. Distribuția după anotimpuri și după vârstă, raritatea unei a doua imbolnăviri, evoluția clinică și modificările anatomo-patologice sunt identice în ambele aceste două boli. Deosebirea descrisă între tabloul clinic al hepatitei epidemice și al icterului cataral se explică prin diferitele forme evolutive ale bolii la copii și la adulți.

Dr. I. Gavrilă

*

CHIRURGIE

Cum se poate comporta chirurgul general, în rănilor de războiu ale urechii, ale căilor respiratorii superioare până la îngrijirea de către oto-rino-laringolog, de Prof. L. Seifert (medic-șef al unui spital de campanie). Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 31, August 1941.

Autorul începe cu constatarea, că în actualul războiu sunt foarte puțini otologi puși la dispoziția spitalelor de campanie și că în lipsa lor, chirurgul general este chemat să-i suplinească, mai ales atunci când din cauza hemoragiilor, răniții nu pot fi evacuați la spitalele de specialitate din spatele frontului.

În plăgile urechii, autorul insistă mai mult asupra celor ce interesează labirintul, cari după observațiunile sale sunt și cele mai frecvente, dând totdeauna și complicațiile cele mai serioase. Nu omite nici meningitele otice, nici abcesele cerebeloase cu geneză labirintică și nici tratamentul lor chirurgical și medicamentos cu sulfamidă (injecții cu Eupatin II. și prontosil per os).

În cazul rănirii prin glonte a scheletului nasului, în primul rând trebuie oprită hemoragia prin tamponament sau în cazuri rebele prin ligatura carotidei. Deformarea nasului și ivirea complicațiilor (otite medii, septicemii) trebuie pe cât posibil evitate.

Plăgile laringelui sunt considerate de către autor ca cele mai grave, fiecare leziune în laringe prin glonte sau schije, dând edem cu dispnee mai mult sau mai puțin evidentă. Trebuie aplicată în majoritatea cazurilor traheotomia, dându-se chiar și unele indicațiuni precise: împiedecarea respirației, tuse cu hemoragie, emfizem și în fine când laringelui atins de glonte sau schije, îi punem o operație premergătoare.

Dr. Mihai Iubu (C. R. Cl. O. R. L.)

Asupra tehnicii facerii nodurilor în plăgi adânci. (Über die Technik des Knotes bei den tiefgelegenen Nathstellen) de E. I. Matis. Acta oto-laring. F. 4, pag. 330, vol. XXIX.

Punerea de noduri în profunzime, în locuri unde nu se poate ajunge cu degetele, poate să fie de multe ori necesară sau de dorit, dar totodată este o problemă foarte grea.

Pentru aceasta autorul ne dă două posibilități: una datorită unui instrument imaginat de el și a doua unui procedeu, prin care ca nodul, făcut la suprafață, să alunece în profunzime.

Instrumentul seamănă cu o pensă de extras corpi străini (prin metoda endoscopică). Extremitățile sunt prevăzute cu două mici roțițe, pe care alunecă firele, datorită unui mic cocoș, cele două extremități se pot depărta, strângând astfel nodul.

I. G. R. (C. R. Cl. O. R. L.)

Tratamentul fracturilor deschise ale convexității craniene. (Les traitements des fractures ouvertes de la convexité du crâne) de Jean Rossier—Lausanne. Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 12 Juli 1941. S. 829—832.

În lucrarea aceasta sunt tratate fracturile deschise ale convexității craniene din timp de pace.

În prima parte sunt expuse o serie de considerațiuni generale privitoare la caracterul acestor fracturi și la comportamentul terapeutic în genere, care necesită numeroase îngrijiri preliminare locale și generale.

Tehnica operatorie cuprinde trei faze:

- a) Stabilirea diagnosticului;
- b) Tratamentul de temporizare;
- c) Tratamentul operator.

1. Examenul radiologic pe lângă că este insuficient, nu este totdeauna posibil, de aceea se va face explorarea plăgii, fie printr-o simplă explorare oarbă cu degetul.

2. Orice act pre-operator este interzis în primele 24 ore, conservatoris absolut, care pare criticabil la primul aspect, însă este pe deplin justificat, fiind suficientă acoperirea plăgii cu o compresă sterilă și un pansament complet al capului.

Se va face însă observația continuă a accidentatului.

Această temporizare are de scop, de a nu supra-adăuga șocului traumatic pe acel operator, ea constituind faza de așteptare.

3. Tratamentul chirurgical constă: în excizarea tuturor etapelor plăgii, îndepărtarea fragmentelor osoase, sutura ermetică primitivă în două planuri. Din 15 cazuri, 4 au fost tratați după diverse metode ce nu intră în această analiză; iar din 11 cazuri au survenit două decese, datorite leziunilor contuzionale inaccesibile actului operator.

În două cazuri au survenit complicații:

- a) O fistulă cefalo-rachidiană imediată și
- b) o fistulă tardivă a bazei.

Vindecări fără complicațiuni s-au obținut în 7 cazuri.

Autorul susține, că această conduită terapeutică a dat cele mai bune rezultate, însă profesorul Buzoianu se declară în mod categoric contra temporizării intervenției și contra suturei ermetice primitive.

Cepeu Melania (C. R. Cl. O. R. L.)

*

OTO-RINO-LARINGOLOGIE

La prostigmine et la surdité [de W. Racine. Schweizerische Medizinische Wochenschrift Nr. 27 Iulie, 1941 (Basel)].

Considerând rezultatele miraculoase publicate de autorii americani Davis și Rommel (Archives of otolaryngology vol. 29 din Maiu 1939) asupra acțiunii prostigminei în surditate, autorul studiului de față caută să se convingă și să confirme, bazat pe cercetări experimentale și pe examene mai precise și mai obiective efectul miraculos al acestora. Pentru examinările necesare autorul a întrebuințat audiometrul lui Marconi-Ecko (tip. T. F. 444/2). Aparat care permite stabilirea curbei pierderii auzului, pierderii exprimată în decibeli. Rezultatele obținute cu acest aparat le consideră ca informație mult mai prețioasă decât aprecierile de felul „auz aproape normal”, „auz ameliorat”, etc., pe care le fac autorii americani menționați. Pe de altă parte d-l W. Racine arată modificările pe care prostigmina-modificator al echilibrului vegetativ prin calitățile sale vagotonice poate să le aibă asupra surdității hipersimpaticotonice. Prin cercetările curbelor mediilor rezultatelor obținute se vede că oricare ar fi sediul leziunii modificările obținute prin prostigmină nu depășesc 5, 6 decibeli pentru frecvențele C. 2, 4, 7, decibeli pentru C 3 și 4, 8 pentru C 4, rezultate considerate mici pentru a modifica funcțional o surditate. Cât despre surditatea distonică datorită hipersimpaticotomiei, teoretic, ar putea fi modificată de un medicament vagotonizat, practic însă, s'a văzut că prostigmina dată chiar pe cale de injecție (0, 5—1 mgr. pe săptămână) nu modifică echilibrul vegetativ local.

În concluzie, din examinările și probele experimentale făcute pe 30 pers. parte cu auzul normal, și parte cu surditate de transmisie sau de percepție, autorul ajunge la concluzia că prostigmina n'a modificat cu nimic auzul nici uneia din aceste persoane.

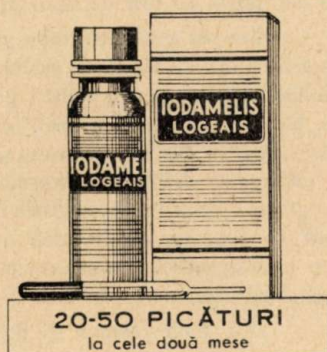
Dr. Emil Boeriu (C. R. Cl. O. R. L.)

IODAMELIS

LOGEAIS

PUTERNIC REGULATOR AL NUTRIȚIUNII
REDUCTOR AL SCLEROZELOR — STIMULENT AL SCHIMBURILOR

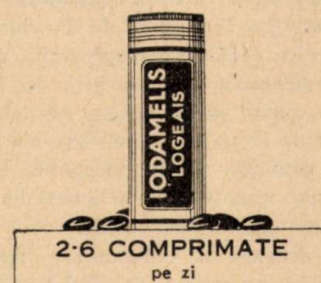
*O TRIADĂ DE SYNDROME
O SINGURĂ MEDICAȚIUNE*



MALADII
ALE CIRCULAȚIUNII

•
TURBURĂRI
UTERO-OVARIENE

•
MALADII
ALE NUTRIȚIUNII



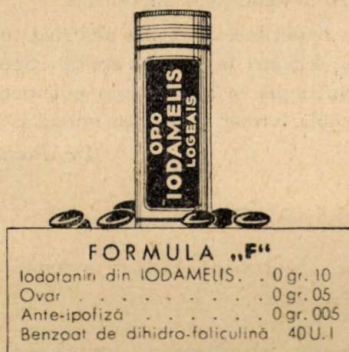
OPO-IODAMELIS

LOGEAIS

DISENDOCRINII
ALE TINEREI FETE SI ALE FEMEII
PUBERTATE — MENOPAUSĂ
OBEZITATE

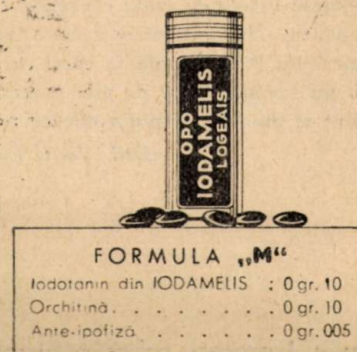
ASTENII ALE VÂRSTEI MATURE
OBEZITATE
SENILITATE

ASOCIAZĂ
PROPRIETĂȚILE STIMULANTE
ALE IODOTANINULUI DIN
IODAMELIS, CU ACȚIUNEA
SPECIFICĂ A ORGANO-TERAPIEI
MASCULINE SAU FEMININE



In comprimate drageificate

Esantioane si literatură la cerere:



LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. — București I, Str. Sf. Ionică No. 8

Zur Therapie der Chronischen konstitutionellen de Dr. Gerhard Theissing — Ludwigschafen a Rhein. Die Medizinische Welt Nr. 29 19/VII/1941.

Bazat pe lucrările anterioare ale lui Heisler, Link, Seng, Payr ș. a., cari au arătat acțiunea binefăcătoare a cărbunelui de cafea în anginele acute, paradentoze, stomatite și în catarurile acute ale foselor nasale și cavităților sinusale, autorul a încercat această terapie și în cazul rinitelor cronice a căror factor etiologic principal este factorul constituțional. Cărbunele de cafea fiind un bun absorbant, desinfectant și antitonic, a fost întrebuințat cu mult succes în maladiile mucoasei nasale. În cazul rinitei atrofile obține ameliorări trecătoare administrând mari cantități de cărbune de cafea. În cele mai multe cazuri însă bolnavii prezintă după un timp scurt, recidive. În rinita cronică hipertrofică dacă nu sunt modificări tisulare mari, obține ameliorări evidente și redresarea mucoasei nasale. În încheiere recomandă această terapie numai în ultima categorie a afecțiunilor nasale.

I. Ambruș (C. R. Cl. O. R. L.)

Tratamentul rinitei spasmodice prin desensibilizarea nespecifică. (Le Traitement de la rhinite spasmodique par la désensibilisation générale non spécifique) de P. de Gunten. Schweizerische Medizinische Wochenschrift. Nr. 33 Aug. 16, 1941 pag. ...

Tratamentul medicamentos sau chirurgical practicat după diferite metode în rinita spasmodică n'a fost în stare până acum să rezolve patologia acestei afecțiuni. Aceasta se datorește faptului că toate metodele de tratament fie locale, fie generale nu sunt decât de natură simptomatică. Adevărata patogenie a afecțiunii este deocamdată necunoscută. Tratamentul vaccino-terapeutic specific preconizat de Vidal și Bezredka, cum și tratamentul opoterapeutic încercat de Halphe și Maduro n'au fost în stare să procure rezultate definitive, ceea ce denotă că pe lângă substanțele specifice alergice cât și independent de tulburările endocrine, în patogenia acestei afecțiuni joacă rol și alți factori.

Bazați pe acțiunea desensibilizantă generală pe care o au asupra organismului tiosulfatul de calciu și neopancarpina, autorul preconizează un tratament cu aceste două substanțe în rinita spasmodică și după ce enumerează o serie de cazuri vindecate sau sensibil ameliorate în urma administrării substanțelor de mai sus, ajunge la următoarele concluzii:

Tiosulfatul de calciu pe de o parte și neopancarpina pe de altă parte, administrate fie izolat, fie în asociație cu alte medicamente neuro-vegetative sunt capabile să amelioreze aproape întotdeauna și uneori chiar să vindecă rinita spasmodică periodică sau aperiodică. Rezultatele sunt rapide și durabile, însă înainte de toate trebuie înlăturate toate cauzele locale care ar putea întreține afecțiunea. Medicamentele acestea sunt foarte ușor aplicabile, iar perfectă lor toleranță la copil ca și la adult reprezintă de asemenea un avantaj față de alte procedee de tratament mai puțin ofensive și uneori mai puțin eficace prin rezultatele lor.

Drd. Vasile Pop (C. R. Cl. O. R. L.)

Despre schimbările capsulei labirintice în cazuri de avitaminoze experimentale de Prof. Dr. Nagir-Zürich. Schweizerische Medizinische Wochenschrift Nr. 28, Iulie 1941.

Autorul descrie rezultatele cercetărilor executate în laboratorul clinicii oto-rino-laringologice din Zürich pe 83 serii de șobolani și cobai în cazuri de avitaminoze A, B, C, D, E.

Cele mai pronunțate modificări ale capsulei labirintice au fost constatate la șobolani cari au primit o alimentație fără vitamina A. În mod regulat a apărut o neoformație osoasă stratificată pe capsula periestală mai ales înspre dural. Pe nervul auditiv s'a observat fenomene degenerative și dese otite medii supurate. Pe o altă serie de șobolani dându-se doza strict activă de ulei de pește la alimentația lipsită de vitamina A., aceste fenomene au lipsit. În caz de avitaminoză C., organul auditiv a fost cercetat pe o serie de stânci dela 5 cobai, care au fost supuși unei alimentații scorbutice. Aici s'au observat unele hemoragii, iar modificările capsulei labirintice au fost neînsemnate.

În avitaminoza D, s'a observat rarefierea trabeculelor osoase și un adaus de țesut osteoid lipsit de lamele și destul de frecvent otite medii supurate. Modificările organului auditiv prin avitaminoza E., au arătat pe lângă niște exostaze mici, neregulate și otite medii supurate grave care au dus la invadarea și inflamarea labirintului. Aici sunt interesante leziunile neuro-musculare împreună cu labirintitele grave bilaterale și abcesele intradurale. Autorul încheie spunând că deși în terapia otică umană tratamentul cu vitamine este mult apreciat, totuși cercetările acestea nu ne permit a trage concluzii sigure.

Drd. Emil Țereanu (C. R. Cl. O. R. L.)

*

GINECOLOGIE

Esofagoatrepsie congenitală. (Angeborene Ösophagoatresie) de P. Siegel. Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 23, 31 Martie 1941.

Autorul prezintă observația clinică a unui nou născut extras prin cezariană dela o mamă suferind de miom uterin. După alimentare a prezentat vărsături cu cianoză și tuse, a trăit 26 de zile fiind hrănit pe cale rectală.

Neputându-se practica o autopsie s'a făcut post-mortem un examen radiologic cu sonda esofagiană și injecție de umbrenal ceea ce a arătat o obturație a esofagului și o fistulă tracheo-esofagiană, masa opacă ajungând a umple ambii pulmoni: era o istulă dela capătul orb al esofagului cu trachea.

Embriologic ar fi posibilă anomalia pentru că tractul respirator și esofagul au legături în această epocă. Separarea între esofag și trachee se întâmplă în luna II însă pot persista comunicații între esofagul deja format și trachea normală.

Dr. Posticescu Vasile

Note și informațiuni

Descentralizarea administrației sanitare

În Monitorul Oficial Nr. 36 din 12 Februarie 1942, a apărut Decizia Ministerială Nr. 69 637 cu normele privind descentralizarea administrației sanitare.

Conform acesteia se dispune următoarele:

1. Mânuirea de bani și materiale se trece în sarcina personalului administrativ, conducătorii medici

rămânând organe de conducere, aprobare și control (art. 1 și 2).

2. Instituțiile au dreptul:

a) de a acorda permisiile și concedii până la cel mult 15 zile personalului subaltern (art. 7, 19, 31, 43, 56, 67, 80, 90);

b) de a numi, angaja și avansa personalul prevăzut în tabelele de salarizare C. și D. din Codul funcționarilor publici (art. 8, 20, 32, 44, 57, 68, 81 și 91);

c) de a aplica pedepsele prevenirii și muștrării, cu implicita pierdere a salariilor, conform art. 130 și 131 din Codul funcționarilor publici, personalului pe care-l numește (art. 9, 21, 33, 45, 58, 69, 82 și 92);

d) concedierea personalului, pentru care are dreptul a-l numi (art. 10, 22, 34, 46, 59, 70, 83 și 93);

e) de a face angajarea temporară de personalul plătit cu ziua din fondurile proprii, până la concurența sumei unei cheltuieli de 20% din totalul încasărilor (art. 12, 24, 36, 72 și 95);

f) avizarea asupra căsătoriilor personalului în subordine (art. 13, 37, 48, 61, 74 și 96);

g) de a acorda scutiri și reduceri de taxe debitable în folosul instituției și cazuri bine motivate, până la concurența sumei de Lei 2000—5000, pentru fiecare caz în parte (art. 14, 26, 38 și 49);

h) scoaterea în vânzare și aprobarea vânzărilor de produse și materiale reformate, scoase din inventar prin licitație publică (art. 15, 27, 39, 50, 63, 85, 97);

i) aprobarea oricărei cheltuieli mărunte și de întreținere a instituției în limita alocăției și cotelor bugetare (art. 16, 28, 40, 51, 64, 75, 86 și 98);

j) luarea oricăror inițiative și măsuri de organizare în interiorul instituției, în raport cu urgența și necesitățile instituției (art. 6, 18, 30, 42, 55, 66, 78, 87 și 109);

k) aprobarea cheltuielilor din sumele ce le are la dispoziție, din fondul propriu al Instituției și anume:

Spitale mixte.

Spitale de specialitate.

Spitale cu mai multe servicii până la sume de Lei 300.000— (art. 17).

Centre de sănătate.

Plăși sanitare.

Circ. sanitare urbane și rurale până la suma de Lei 50.000— (art. 29).

Dispensare până la suma de Lei 100.000— (art. 41).

Laboratorii de igienă până la 70% din încasări (art. 53).

Stabilimente balneo-climatice până la suma de Lei 300.000— (art. 77).

Serv. Sanitare județene și municipale până la suma de Lei 300.000— (art. 108).

3. Să confere medicilor de circ. dreptul de a aviza asupra condițiilor sanitare pe care le îndeplinesc întreprinderile comerciale și industriale de cl. I. și II-a în vederea autorizării lor de către Comisia de autorizări a Consiliului de igienă respectiv (art. 25).

4. Aprobarea cheltuielilor de întreținere și procurare de animale, precum și procurarea de instru-

mente din cota de 50% din taxele de tratament antibacilar care în competența Laboratoriilor de igienă (art. 54).

5. Primirea și concedierea ocrotiților, precum și plasarea lor în servicii, publice sau particulare este de competența așezămintelor respective (art. 62).

6. Dreptul de a acorda înlesniri de băi în stațiunile balneo-climatice revine Direcțiunii acestor stabilimente (art. 76).

7. Medicilor primari de județe (Municipii) le revine pe lângă drepturile și obligațiunile prevăzute la Pct. 2., următoarele:

a) supravegherea și îndrumarea tuturor instituțiilor de ocrotire din județ (Municipii), (art. 88);

b) ordonarea și supravegherea vaccinărilor (art. 89);

c) ordonarea executării de lucrări la diversele instituțiuni din subordine (art. 99);

d) repartizarea fondurilor la instituțiile sanitare și de ocrotire din sumele delegate de Minister (art. 100);

e) aprobarea cheltuielilor de transport pentru cei avizați la asistență (art. 101);

f) emiterea mandatelor de plată pentru cheltuielile de hrană și mărunte a instituțiilor din cuprinsul județului (art. 102);

g) verificarea actelor de cheltuieli (art. 103);

h) supravegherea și controlul asupra tuturor bunurilor mobile care aparțin Ministerului M. S. O. S. (art. 104).

8. Inspectorii Generali Sanitari au pe lângă drepturile prevăzute la Pct. 2 următoarele:

a) acordarea de concedii până la 30 zile, acordarea concediilor pentru tuberculoză, graviditate și lehzuzie (art. 110);

b) numirea, avansarea și transferarea următorului personal (art. 111).

Medicii secundari provizorii și corpul didactic al școlilor sanitare.

Personalul sanitar auxiliar.

Personalul administrativ și de birou, prevăzut în tab. A. B. C. și D. din Codul funcționarilor publici până la gradul de șef de birou;

c) aplicarea de pedepse personalului tehnic superior în subordine prin admonestări verbale sau scrise cu pierderea salariului până la 15 zile, iar personalului sanitar auxiliar până la 30 zile (art. 113);

d) stabilirea și recunoașterea gradațiilor (art. 114);

e) aprobarea căsătoriilor personalului în subordine (art. 117);

f) ordonă executarea lucrărilor și cheltuielilor, pe care le crede utile, la instituțiile în subordine (art. 120);

g) aprobă eliberarea materialelor sanitare din depozitele regionale (art. 121);

h) controlul stațiunilor balneo-climatice ale Statului putând aproba acordări de băi și înlesniri de băi (art. 122).

i) aprobă scăderile din inventar a materialelor reformatate (art. 124);

j) aprobarea cererilor de colecte pe raza Inspectoratului (art. 126);

k) instituirea comisiilor de reformă pentru instituțiile în subordine (art. 128);

l) cercetarea împrejurărilor de accidente sau îmbolnăviri a personalului în subordine, în vederea recompensării sau pensionării lor;

m) rezolvarea cererilor de desgropări a înmormântării în afara locurilor și termenelor regulamentare.

Decrete și Decizii Ministeriale

În Monitorul Oficial Nr. 35 din 11 Februarie 1942, a apărut Legea Nr. 115, pentru modificarea unor dispozițiuni din legea pentru organizarea Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale (cu privire la Consiliul Sanitar Superior).

Prin Decizia Ministerială Nr. 14.349 din 1942 se rectifică data numirii cât și titularizării d-lui Ciplea Alexandru asistent la Clinica Medicală II, a Facultății de Medicină Cluj-Sibiu, în sensul că se consideră numit ca asistent cu titlu provizoriu la susmenționata Clinică pe data de 1 Aprilie 1940, în loc de 15 Decembrie 1940, fără drepturi de diferență la salariu. (Mon. Of. Nr. 26 din 31 Ianuarie 1942).

Prin Decizia Ministerială Nr. 15.179 din 1942 d-l Dr. Zolog Nicolae medic (asistent) la oficiul Universitar din Sibiu, a fost confirmat cu titlu provizoriu pe data de 1 Decembrie 1939, în postul ce ocupă. (Mon. Of. Nr. 26/1942).

Prin Decizia Ministerială Nr. 313.877 din 1941 d-na Maria Ionescu asistentă la Laboratorul de Chimie Organică a Facultății de Științe Timișoara se numește provizoriu pe data de 1 Decembrie 1941, în postul ce ocupă. (Mon. Of. 26/1942).

Prin Decizia Ministerială Nr. 13.013 din 1942 d-l Dr. Gheorghiu Dungă Constantin asistent suplinitor la Clinica Chirurgicală a Facultății de Medicină Sibiu, se confirmă cu titlu provizoriu în postul ce ocupă, pe data de 1 Noembrie 1939. (Mon. Of. Nr. 26/1942).

Prin Decizia Ministerială Nr. 89.886 publicată în Mon. Of. Nr. 28, 3 Februarie 1942, cu începere dela 1 Ianuarie 1942, vor primi o indemnitate lunară de Lei 4000,—, fără a mai primi indemnitate de activitate și merite excepționale de Lei 2000,—, medicii din circumscripțiile cu un nivel economic și social scăzut sau comunicații grele.

Prin Decizia Ministerială Nr. 19.688 din 1942 publicată în Mon. Of. Nr. 30 din 5 Februarie 1942, d-l Dr. Gh. Popovici, preparator la Clinica Oto-Rino-

Laringologică a Facultății de Medicină Sibiu, a fost confirmat cu titlu provizoriu pe 1 Aprilie 1940, în postul ce ocupă.

Prin Decizia Consiliului de Miniștri Nr. 56 publicată în Mon. Of. Nr. 33/1942, se face cunoscut că plata indemnizațiilor pentru activitate și merite excepționale medicilor din regiunile țării cu nivel economic și social scăzut se va face din Bugetul Casei Sănătății art. 33, pe exercițiul 1941/42.

Prin Decizia Ministerială Nr. 16.203 publicată în Mon. Of. Nr. 35/1942, d-l Dr. Marius Constantinescu asistent pe lângă Institutul Medico Legal al Facultății de Medicină București se confirmă cu titlu provizoriu pe data 1 Ianuarie 1942, în postul ce ocupă.

Prin Decizia Ministerială Nr. 16.205 publicată în Mon. Of. Nr. 35/1942, d-l Dr. Alexandru Vasilescu, asistent pe lângă Clinica de Psihiatrie a Facultății de Medicină București se confirmă cu Titlu provizoriu, pe data de 1 Aprilie 1940, în postul ce ocupă.

Prin Decizia Ministerială Nr. 18.899 din 1942 d-l Dr. Duma Desideriu asistent suplinitor la Clinica Neurologică a Facultății de Medicină Sibiu, a fost confirmat pe data de 15 Decembrie 1940 cu titlu provizoriu, în postul ce ocupă.

Prin Decizia Ministerială Nr. 169 din 1942 Ministrul Lucrărilor Publice și Economice d-l Dr. Cioc Mihail, a fost numit medic consultant provizoriu, la Direcția Generală a Refacerii. (Mon. Of. Nr. 36/1942).

Prin Decretul Nr. 409 publicat în Mon. Of. Nr. 38 din 14 Februarie 1942, d-l Dr. Aurel Gheorghiu asistent definitiv la Laboratorul de Chimie Medicală și Biologică a Facultății de Medicină Iași, se înaintează pe termen de 5 ani pe data publicării în Mon. Of., ca șef de lucrări la același laborator.

Prin Decretul Nr. 421 publicat în Mon. Of. Nr. 38 din 14 Februarie 1942, d-l Dr. Nana Aurel asistent provizoriu la Clinica Chirurgicală a Facultății de Medicină din Sibiu, se definitivează în postul ce ocupă pe un termen de 5 ani pe data de 1 Dec. 1940,

Prin Decizia Ministerială Nr. 26.453 din 1942, publicată în Mon. Of. Nr. 42 din 11 II. 1942, d-l Dr. Maier Nicolae, asistent suplinitor la Institutul de Igienă și Biopolitică dela Facultatea de Medicină Sibiu, a fost confirmat cu titlu provizoriu în postul ce ocupă, pe data de 1 Noembrie 1941.

Concurs

La sfârșitul lunii Martie a. c., vor avea loc în București, Sibiu și Iași, concursurile de externat și internat în medicină pentru ocuparea posturilor din cele

trei centre universitare (ziua tinerii acestor concursuri se vor anunța ulterior).

Inscrierile la concursuri se vor face cu 10 zile înainte de data fixată pentru aceste concursuri la Minister, pentru București, și la Inspectoratele Generale Sanitare pentru Sibiu și Iași.

Condițiunile de admitere se pot vedea la Inspectoratul General Sanitar și la Facultatea de Medicină.

Posturi vacante

Monitorul Oficial Nr. 46 din 23 Februarie 1942.
Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

În conformitate cu dispozițiunile legale, se aduce la cunoștința generală cu sunt vacante următoarele posturi:

Medic primar la jud. Putna; Medic primar la jud. Roman; Medic primar la jud. Tutova; Medic șef la Municipiul Galați; Medic la circ. urbană Bacău; Medic la circ. urbană București; Medic la circ. urbană Reșița; Medic la circ. urbană Craiova; Medic la circ. urbană Giurgiu; Medic la circ. urbană Peatra Neamț; Medic la circ. urbană Arad; Medic la orașul Strehala, jud. Mehedinți; Medic la orașul Trg.-Neamț; Medic la orașul Sulina; 2 medici școlari la Serv. sanitar al Capitalei; Medic primar de medicină internă la Spitalul I. C. Brătianu Pitești; Medic primar de medicină internă la Spitalul Huși; Medic primar de medicină internă la Spitalul Oravița jud. Caraș; Medic primar de medicină internă la Spitalul R.-Vâlcea; Medic primar de chirurgie la Spitalul R.-Sărat; Medic primar de T. B. C. la Sanatoriul Cărbunești jud. Gorj (cu primă de 4000 lei lunar); Medic primar de T. B. C. la Spitalul Turda; Medic primar de radiologie la Spitalul Tg.-Jiu; Medic primar de radiologie la Spitalul Crețulescu din Câmpul-Lung Muscel; Medic primar de radiologie la Spitalul Piatra Neamț; Medic primar de radiologie la Spitalul Slatina; Medic primar de radiologie la Spitalul Lugoj; Medic primar de radiologie la Institutul pentru studii și profilaxia cancerului Sibiu; Medic primar de Oftalmologie la Spitalul R.-Vâlcea; Medic primar de contagioase la Spitalul Caracal; Medic primar de contagioase la Spitalul Giurgiu.

Medic primar de puericultură la Serv. sanitar al Capitalei; Medic igienist al plășii sanitare Curtea de Argeș; Medic igienist al plășii sanitare Ineu jud. Arad; Medic igienist al plășii sanitare Bran jud. Brașov; Medic igienist al plășii sanitare Buftea jud. Ilfov; Medic igienist al plășii sanitare Tâncăbești, jud. Ilfov; Medic igienist al plășii sanitare Vălenii de Munte; Medic igienist al plășii sanitare Independența jud. Covurlui; Medic igienist al plășii sanitare I. C. Brătianu jud. Brăila; Medic igienist al plășii sanitare Abrud, jud. Alba; Medic igienist al plășii sanitare Câmpeni jud. Turda;

Medic igienist al plășii sanitare Tătărași din Municipiul Iași, (pendinte de Institutul de Igienă și sănătate publică Iași).

Medic igienist al plășii sanitare Hațeg jud. Hunedoara; Medic igienist al plășii sanitare Dloști jud. Romanai; Medic igienist al plășii sanitare Brezol jud. Vâlcea; Medic șef al Azilului Antituberc Timișoara; Medic șef al portului principal Constanța; Medic șef al portului principal Sulina; Medic șef al portului principal Galați; Medic al portului Tulcea; Medic șef al Laboratorului de igienă Brăila; Medic șef al Laboratorului de igienă Craiova; Medic șef al Laboratorului de igienă Ploiești; Medic șef al Laboratorului de igienă Roman; Medic șef al Laboratorului de igienă Sighișoara; Medic șef al Laboratorului de igienă Giurgiu; Medic șef al Laboratorului de igienă Focșani; Medic șef de Laborator la Spitalul Elisabeta Doamna Galați; Medic șef de Laborator la Spitalul Târgoviște; Medic șef de Laborator la Spitalul Turnu-Severin; Medic șef de Laborator la Spitalul Piatra Neamț; Medic șef de Laborator la portul principal Sulina; Medic șef al Spitalului mixt Alexandria; Medic șef al Spitalului mixt Moldova Nouă, jud. Caraș; Medic șef al Spitalului cu circ. urbană Hârșova; Medic șef al Spitalului cu circ. rurală Costești jud. Argeș; Medic șef al Spitalului cu circ. rurală Dedulești jud. Argeș; Medic șef al Spitalului cu circ. rurală Clumulești jud. Bala; Medic șef al Spitalului cu circ. rurală Coșula jud. Botoșani; Medic șef al Spitalului cu circ. rurală Ștefănești jud. Botoșani; Medic șef al Spitalului cu circ. rurală Trușești jud. Botoșani; Medic șef al Spitalului cu circ. rurală Plopeni jud. Constanța; Medic șef al Spitalului cu circ. rurală Mălăești-Corbu jud. Fălciu; Medic șef al Spitalului cu circ. rurală Unghești jud. Iași; Medic șef al Spitalului cu circ. rurală Fierbinți jud. Ilfov; Medic șef al Spitalului cu circ. rurală Cujmir jud. Mehedinți; Medic șef al Spitalului cu circ. rurală Adjud jud. Putna; Medic șef al Spitalului cu circ. rurală Băra jud. Roman; Medic șef al Spitalului cu circ. rurală Corni jud. Tecuci; Medic șef al Spitalului cu circ. rurală Lădești jud. Vâlcea.

Medic șef al Spitalului cu circ. rurală Slăvești-Sinești jud. Vâlcea; Medic șef al Spitalului cu circ. rurală Singureni jud. Viasca; Medic șef al Spitalului cu circ. rurală Bechet jud. Dolj.

Medic șef al Spitalului cu circ. rurală Brabova jud. Dolj; Medic consultant T. B. C. la dispensarul Brăila al Asigurărilor soc.

Județul Argeș. Circumscripțiile: Albota, Drăgan. Circumscripția Galicea (cu primă de Lei 4000 lunar). Circumscripțiile: Iozorul de sus, Roclu, Stoiceni, Tigveni. Circumscripțiile: Mușetești, Corbeni, Schelu, Stroești, Uda de Sus (cu primă de Lei 4000 lunar).

Județul Alba. Circumscripțiile: Bucium, Fărău, Intregalde, Modoș, Onor, Sohodol (cu primă de Lei 4000 lunar). Circumscripția Daia Română.

Județul Arad. Circumscripția Macea. Circumscripțiile: Halmăjelul, Julița și Sinteia (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Bacău. Circumscripția Dărmănești. Circumscripțiile: Băsești, Gloduri, Horgești și Tamaș (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Baia. Circumscripțiile: Boroaia, Bala, Drăgușeni, Liteni și Mirolăvești. Circumscripțiile: Horodniceni, Râșca și Tătăruși (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Botoșani. Circumscripția Tudora. Circumscripțiile: Corni, Albești, Bălușeni, Călărași și Gorbănești (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Brăila. Circumscripțiile: Insurăței, Nedelcu, Chercea și Stăncuța. Circumscripțiile: Suțești, Trăiansat, Bordelul Verde, Clocile, Gropeni și Latina (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Buzău. Circumscripțiile: Caragele, Glodanuri, Gura Nișcov, Greceanca, Largu, Meteleu, Năevl, Padina, Tohani, Tăbărăști și Zălșteanca. Circumscripțiile: Brătești, Cozieni, Cioranca, Gura Teghi, Grădiștea, Zmeeni, Tisău, Vadul Pașii și Zărnești (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Bihor. Circumscripțiile: Celca, Drăgești, Lunca, Mersig, Răbăgan și Tulca. Circumscripțiile: Curățele, Remetea, Roșla, Serghis și Zece Hotare (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Constanța. Circumscripțiile: Baia, Cobadin, Săcele, Crucea, Comana, Negrești, Ioan Corvin, Nisipari, Corbu, Pantelimon și Medgidia. Circumscripțiile: Băneasa, Dumbrăveni, Valea Rea, Rașova, Sarai și Siliștea (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Covurlui. Circumscripțiile: Slobozia Conache și Smârdan. Circumscripțiile: Băleni, Băneasa și Tudor Vladimirescu (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Caraș. Circumscripțiile: Banea, Dalboșești, Lăidia, Năidaș, Pojojena de Jos, Sichiavița și Târnova (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Dâmbovița. Circumscripțiile: Cornești, Piceor de Munte și Morteni. Circumscripțiile: Căndești, Ludești și Runcu (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Dolj. Circumscripțiile: Ișalnița, Lipov, Perisor, Vârtop, Seaca de Câmp și Terpezița. Circumscripțiile: Botoșești, Murgăș, Orodel, Roșiștea și Vella (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Fălciu. Circumscripțiile: Albești, Bumbesti și Grumezoala (cu primă de câte Lei 4000 lunar). Circumscripțiile: Păhnești și Stăniștești.

Județul Gorj. Circumscripțiile: Andreești, Borăscu, Magherești, Rovinari, Godinești, Valea cu Apă și Ceaura. Circumscripțiile: Prigorla, Bumbesti Pitig,

Cordești, Hurezani, Târg Logrești, Pojarul și Turbați (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Hunedoara. Circumscripțiile: Berlu, Burueni, Bucegi, Sânt-Andrei, Govăjdia, Lupușu, Lunca Cernii, Mărtinești, Rapoltul-Mare, Totești și Vețel (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Iași. Circumscripțiile: Clurea, Gropnița și Tigănași. Circumscripțiile: Popești, Cornești, Eblcenți, Glăvănești, Lungani, Plugari și Trifești (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Ialomița. Circumscripțiile: Bordușani, Bărcănești, Ciocănești, Grindu, Grivița, Găunoși, Mihail-Kogălniceanu, Mărculești, Pua-Petri, Poiana, Reviga, Radu-Vodă, Radu-Negru, Socariu, Săveni, Slobozia-Nouă, Sărățeni și Ulmu. Circumscripțiile: Axintele și I. C. Brătianu (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Ilfov. Circumscripțiile: Bobești, Buturugani, Colibași și Ferdinand.

Județul Mehedinți. Circumscripțiile: Albulești, Baia de Aramă, Corcova, Cireșu, Glagova, Gogoși, Ilovăț, Isverna, Oprișor, Ohaba, Poroina-Mare, Ploștina și Malovăț. Circumscripțiile: Bălvănești, I. G. Duca și Grecești (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Muscel. Circumscripțiile: Corbi și Drăghici (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Neamț. Circumscripțiile: Buhalnița, Rediu și Războeni. Circumscripția: Calu Iapa (cu primă de Lei 4000 lunar).

Județul Olt. Circumscripțiile: Bărăști de Vede, Dumitrești, Negreni, Optași, Seaca și Valea-Mare. Circumscripțiile: Casa-Veche, Făgețelu, I. C. Brătianu, Păroși și Urși (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Prahova. Circumscripțiile: Găgeni, Măgurele și Slănic. Circumscripțiile: Posești și Starchiojd (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Putna. Circumscripțiile: Orbeni și Ruginești. Circumscripțiile: Mera, Năruja, Nereju, Vidra și Vizantea (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Râmnicu-Sărat. Circumscripțiile: Amara, Bordeasca, Ciorăști, Gologanu și Niculești. Circumscripția: Dealul Lung (cu primă de Lei 4000 lunar).

Județul Roman. Circumscripția: Adjudei, Gherăești, Pancești, Strunga, Trifești, Văleni și Poenele de jos. Circumscripțiile: Brăteanu, Bălușești, Boghicea, Giurgeni și Oțeleni (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Romanați. Circumscripțiile: Brastovăț, Dobruni, Morunglav, Popânzălești, Rusănești de jos, Redea, Reșca, Vădăstrița și Rotunda. Circumscripțiile: Baldovinești, Grojdibod și Știrbei (cu primă de câte Lei 4.000 lunar).

Județul Severin. Circumscripțiile: Căprioara, Mănăsturi, Mărul, Slatina-Timișului și Sărăzani (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Sibiu. Circumscripția Sibiul-Rural.

Județul Târnava-mare. Circumscripția Săcel (cu primă de Lei 4000 lunar).

Județul Târnava-mică. Circumscripția Sălcuț (cu primă de Lei 4000 lunar).

Județul Teleorman. Circumscripțiile: Băsești, Caravenești, Dracea, Râioasa, Seaca și Stobobăneasa. Circumscripțiile: Popești, Bragadiru, Beuca, Orbeasca, Slințești și Vârtoapele (cu primă de câte Lei 4000 lunar). Circumscripția Vitănești.

Județul Tecuci. Circumscripțiile: Gohor, Tudor-Vladimirescu și Ungureni. Circumscripțiile: Buciumeni, Găiceana, Găvănești, Movileni, Rogoaza, Răchitoasa, Stănicești, Rădăcinești și Vultureni (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Tulcea. Circumscripțiile: Cataloi, Greci, Jurilovca, Mahmudia, Niculițel și Zebil. Circumscripțiile: Agighiol, Baidaut, Carmen-Sylva, Ceamurile de jos, Domnița Maria, Dăieni, Pecineaga, Principele Mihai, Sarichioi, Slava-Cercheză și Telița (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Timiș. Circumscripția Ghilad. Circumscripțiile: Șistarovăț, Ususău și Secaș (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Cluj—Turda. Circumscripțiile: Sâmpetrul-de-Câmpie și Săvădisla. Circumscripțiile: Avram-Iancu, Bistra, Dileul Vechi, Beliși, Feleacu, Mănăstireni, Mărgău, Săcătura, Vidra și Aiton (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Tutova. Circumscripțiile: Bălăsești, Croiești și Plopana. Circumscripțiile: Căbești și Suletea (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Vaslui. Circumscripțiile: Dobrovăț, Hâr-

șoveni, Pungești și Solești. Circumscripțiile: Laza, Cior-tești, Tanacu și Tîbana (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Vâlcea. Circumscripțiile: Ionești, Prundeni, Zăvoieni și Ștefănești. Circumscripțiile: Glăvile, Greci, Lăcusteni, Popești, Roșiile, Roiești, Slătioara și Stoenesti (cu primă de câte Lei 4000 lunar).

Județul Vlașca. Circumscripțiile: Arsachi, Bulbucata și Putinei.

Au dreptul să ceară aceste posturi, în termen de 30 zile dela inserarea prezentei publicațiuni în Monitorul Oficial, următorii medici:

1. Medicii definitivii sau stagiați care ocupă posturi similare.

2. Medicii înscriși pe tabloul de clasificare al cursurilor de specialitate și cărora, nu le-a expirat termenul de 3 ani dela înscrierea pe tablou.

3. Medicii care îndeplinesc condițiile art. 203 din Legea Sanitară și de Ocrotire.

4. Medicii demisionați, care fost definitivii sau stagiați înainte de demisie, pot cere să fie reprimiți în serviciu, conform art. 543 din Legea Sanitară și de Ocrotire.

Cererile vor fi înaintate Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale, Calea Plevnei Nr. 19 Dir. Personalului, dată la 21 Februarie 1942, Nr. 98.012.

Se aduce la cunoștință că este vacant postul de medic al Circumscripției Bobești, jud. Ilfov.

D-nii Medici, care întrunesc condițiile legale și doresc a ocupa acest loc, vor face ceri Ministerului în termen de 3 zile dela inserarea prezentei publicații în Monitorul Oficial.

Bibliografie

din sumarul revistelor streine primite la redacție

Wiener Klinische Wochenschrift, Nr. 1. vom 2. Januar, 1942.

Eröffnungsansprache zur Gründung der Wiener Biologischen Gesellschaft am 1. Dezember 1941.: E. Pernkopf.
Alterserkrankungen der Gehirn: O. Pötzl.
Das alternde Herz: K. Polzer u. E. Risak.
Der Schenkelhalsbruch: W. Ehalt.

Nr. 4. vom 23. Januar, 1942.

Der Altersbrand: W. Denk.
Über das Altern des Auges: K. Lindner.
Indikationsstellung zur chirurgischen Behandlung der chronischen Obstipation und Dauerresultate derselben (Schluss): H. Finsterer.
Zur Kombinationsbehandlung von Herz- und Gefäßerkrankungen: M. Sommerbauer.

Nr. 5. vom 30. Januar, 1942.

Die Fruchtbarkeit der alternden Frau: E. Navratil.
Serumeisengehalt vor und nach Eisenbelastung bei Tuberkulösen: St. Sticotti.
Über die Rolle der (chronisch) rezidivierenden Appendizitis bei der Genese gastrischer Beschwerden: F. Högl.

Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 4. vom 23. Januar, 1942.

Der Exophthalmus im Lichte neuerer Forschungen: Velhagen.
Spontanheilung bei Echinococcus cysticus der Lunge. Zugleich ein Beitrag zur Diagnose rundlicher Verschattungen in der Lunge: Gutensohn.
Umstimmung- und Reiztherapie mit kurzwellenbestrahltem Blut: Forster.
Über den Verlauf der Tuberkulose in den warmen Ländern (Schluss): Büngeler.
Soziale Zukunftsaufgaben der Medizin. Bemerkungen zu dem gleichnamigen Aufsatz von Doz. Dr. Hebestreit: Reichert.
Albert Döderlein †: Eymmer.
Zum dritten Kriegsjahre: Conti.

Nr. 5. vom 30. Januar, 1942.

Die Prognose der arteriellen Hypertonie: Weitz.
Bluthochdruck als Gehirnfunktion: Sturm.
Vegetatives Nervensystem und Immunität: Goreczky.
Therapeutische Versuche zur Förderung der örtlichen Gewebsdurchblutung beim Ulcus cruris varicosum: Pezold.
Erfolgreiche Röntgenbestrahlung bei einem Fall von Lungen-echinokokkus: Brodersen u. Buding.

Ernährungszulage bei Tuberkulose im Kriege: Griesbach.
Das Heimweh: Peiper.
Reinhard von den Velden †.
Vitamin E in der Nerv-Muskel-Pathologie: Gaede.

Zeitschrift für Aerzliche Fortbildung, Nr. 2. vom 15. Januar, 1942.

Moderne Behandlungsmethoden in der Psychiatrie: Dr. A. v. Braunmühl.
Fluoreszenzmikroskopie und Tuberkelbazillenkultur, die modernen Verfahren zum Tuberkelbazillennachweis: Dr. W. Herrmann.
Nachbehandlung Verletzter durch Leibesübungen in der Gemeinschaft: W. Knoll.
Wann sollte man von der Laparoskopie Gebrauch machen?: Prof. Dr. H. Kalk.

Nr. 3. vom 1. Februar, 1942.

Die Praxis der Sterilitätsbehandlung: Prof. G. K. F. Schultze.
Die Behandlung der sogenannten Ganglien an der Handwurzel: Dr. Heinz-Werner Voigt.
Zur Kenntnis wichtiger einheimischer Arzneipflanzen: Dr. H. Braun.
Woran hat man bei Impotenz zu denken?: Prof. Dr. J. H. Schultze.
Wie erklärt man sich die sogenannten Wachstumsschmerzen im Kindesalter?: Prof. Dr. Goebel.
Ehevermittlung für Erbkrankte und Geschädigte.
Zur Kenntnis des abnormen Farbensinns und seiner Vererbung.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Nr. 4. vom 24. Januar, 1942.

Über die Erkennung und Behandlung der Trigeminusneuralgie. (Schluss): W. Ryffel.
Über Pronephritis plastica: Sandro Seiler.
Die nephelometrische Auswertung der Hitzedenaturation im Blutserum als neue Untersuchungsmethode: F. Wuhrmann u. Ch. Wunderly.
Beitrag zum Problem des extrapleurales Pneumothorax: Wilhelm Iff.
Appareil automatique pour l'aspiration endocavitare selon le procédé de Monaldi: G. Rossel.
Idées actuelles sur la thérapeutique du cancer du sein: R. Sarasin.
Zur Behandlung der Epilepsie: Stähli.
Über die Einteilung der Lungentuberkulose. Entwurf einer neuen praktischen Tuberkulosenomenklatur: S. Puder.
Die Prüfung der biologischen Wertigkeit von Trockenplasma und von konserviertem flüssigem Citratplasma: R. Bucher.

Nr. 5. vom 31. Januar, 1942.

Der Einfluss des Hypophysenzwischenhirnsystems auf die Sexualfunktionen: A. Westmann.
Immunitätsreaktionen ein Mass der Sulfamid-dosierung bei der Pneumonie?: C. Maier u. A. Grumbach.
Die Sedormid-Thrombozytopenie anhand von Sternalpunktaten, Belastungs- und Transfusionsversuchen: Sven Moeschlin.
Über die Behandlung der spontanen Beckenendlage nach Bracht: W. Neuweiler.
Über einen erfolgreich operierten Fall von Trichterbrust: F. Häberlin.
Über Appendicitis acuta gangraenosa perforata des erwachsenen Menschen: R. Amstein.
Ergänzung zur Arbeit Löffler und Hegglin.
Temporäre Einstellung im Arztberuf.

Die Medizinische Welt, Nr. 4. vom 24. Januar, 1942.

Herzfehler und Geburt: Arbogast.
Über die Probleme der Erkältung: Oberreg. Rat Dr. F. Ickert.
Der Wert der Fluoreszenzmikroskopie für die Diagnostik der Lungentuberkulose und ihrer Verlaufsformen: Dr. G. L. Melde.

Zur Geschichte der Societas medicorum Germanicorum Parisiensis: Prof. Dr. H. v. Mettenheim.
Neuregelung von Abzügen bei der neuen Einkommensteuer: Dr. jur. Wuth.

Nr. 5. vom 31. Januar, 1942.

Wie verhält man sich beim Pneumothoraxexsudat?: Dr. W. Kremer.
Zur Diagnostik und Behandlung der perniziösen Anaemie in der Praxis: Dr. R. und Dr. H. Holldack.
Einfache und billige Behandlung der Krätze: Dr. R. Wawersig.
Wie lässt sich, besonders bei Kindern, das Gurgeln umgehen?: Dr. L. Neidl.
Zur internen Behandlung der Trigeminusneuralgie: Dr. A. Richter.

Hippokrates, Nr. 4. vom 22. Januar, 1942.

Die Erblichkeit der sogenannten Schulmyopie: Janke.
Zur Vermeidung von Lestschäden: Simonis.
Christoph Wilhelm Hufeland, sein Leben und seine Schriften: Kollath.

Nr. 5. vom 29. Januar, 1942.

Zum 80 Geburtstag von Geheimrat Bier: Fürst.
Der Schlaf: Weizsäcker.
Erklärung zur Frage der „naturgemässen“ Behandlung der Syphilis: Zieler und Spiethoff.
Über die Bedeutung des „Vegetativen Systems“ und seine Beziehungen zu den Azidosen: Sander.
Arzt und Instinktlehre: Fritsche.

Der Landarzt, Heft Nr. 2. vom 7. Januar, 1942.

Über Unterschied und Bedeutung der unspezifisch-antitoxischen sowie der spezifisch-antitoxischen Behandlung der Infektionskrankheiten: Dr. W. Thoms.
Erfahrungen über die Behandlung der Impetigo contagiosa mit Trypaflavin: Dr. E. Greggers.
Schwangerschaft und Aberglauben: Dr. H. Krauss.

Nr. 3. vom 14. Januar, 1942.

Eisen und Kupfer im Stoffwechsel und in der Therapie: Dr. H. Braun.

Nr. 5. vom 28. Januar, 1942.

Molkenkuren, ihre Begründung, Heilanzeigen und praktische Durchführung: Willy Weitzel.
Psychische Behandlung: Dr. K. Briegleb.
Meinungsaustausch: Dr. F. Fiebig.

Fortschritte der Therapie, Heft 12. Dezember, 1942.

Die Schlaflosigkeit in der postoperativen Phase: G. Habelmann.
Über die medikamentöse Behandlung der Hyperazidität: H. A. Oelkers.
Erfolgreiche Behandlung einer orthostatischen Purpura mit Citrin: W. Norpoth u. E. Baldus.

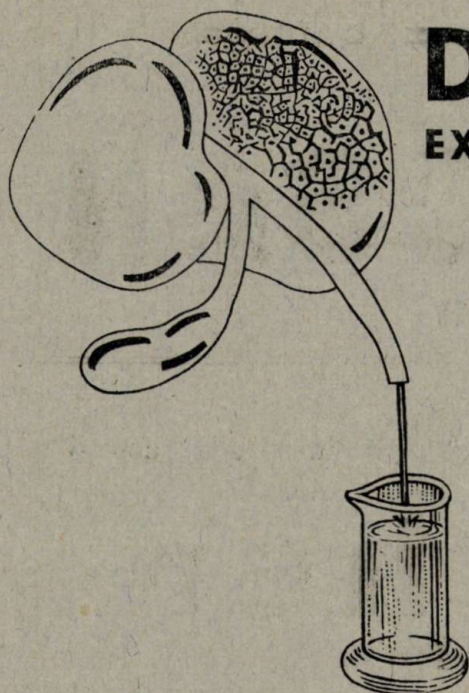
Wiener Medizinische Wochenschrift, Nr. 4. vom 24. Januar, 1942.

Wie behandle ich Myalgien?: Hofrat Prof. Dr. J. Kowarschik.
Neue Wege in der Diagnostik und Therapie der Lues: Primarius Dr. A. Rottmann.
Ein Fall von Migräne als Störung des Kohlehydratstoffwechsels: Doz. Dr. A. Henszelmann.
Praktischer Beitrag zur Klinik der Kriegsverletzten: Dr. P. Paulian und Dr. M. Chiliman.

Nr. 5. vom 31. Januar, 1942.

Die Begutachterpraxis in der Unfallversicherung nach Einführung der reichsrechtlichen Vorschriften in der Ostmark: Oberreg. und Medizinalrat Dr. C. L. Paul Trüb.
Indikationen für Verödung oder Operation der Varicen: Prof. Dr. S. Romich.
Welche Symptome und Prognose hat die Greisentuberkulose: Oberarzt Dr. H. Weber.

Folia Therapeutica, Heft 1. Januar, 1942.



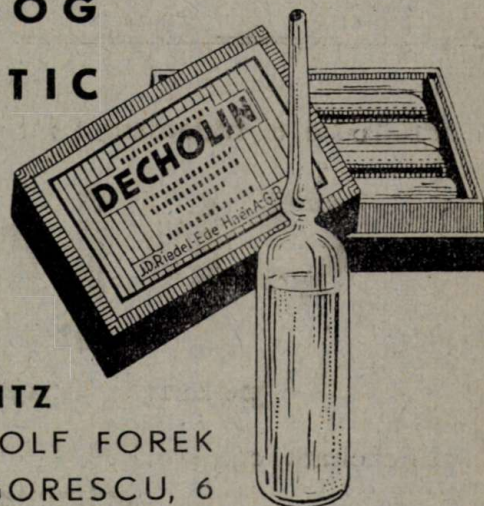
DECHOLIN

EXPERIMENTAT ANI DE ZILE

COLERETIC

COLAGOG

DIURETIC



J. D. RIEDEL-E. DE HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK
BUCUREȘTI 3, STR. G-RAL EREMIA GRIGORESCU, 6

MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subțire)

pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni

ale

Căilor urinare

★

Absolut netoxic

Foarte economic

(durată scurtă de tratament)



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

Remediu sigur pentru combaterea
gripei și a răcele

ACITOPHOSAN

2—8 tablete pe zi

Profilaxia și tratamentul infecțiilor căilor respiratorii la adulți și la copii cu

Chinaether

eter — chinină — camfor

pentru injecțiuni intramusculare

Eficacitate remarcabilă în tusea convulsivă, pneumonii, complicațiuni
pulmonare postoperatorii, etc. etc.

Synthoestrin

Tablete și fiole

Preparat oestrogen sintetic cu formula :

4.4' Dipropionil-oxi-alfa-beta dietilstilben
acțiune identică cu a hormonului folicular

1 fiolă sau o tabletă = 1 mgr. substanță, corespunzând efectului a 10.000 U. I.
hormon folicular cristalizat.

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

GEDEON RICHTER S. A.

București V, strada Logofătul Tăut Nr. 99

— TELEFON 56903 —

PASSIFLORINE

C. Réaumbourg - Paris

Sedativul electiv complet ATOXIC al tuturor turburărilor:

Nevropatice: teamă, anxietate, hyperemotivitate, surmenaj intelectual, insomnie, etc.

Simpatice și parasimpatice: pubertate, sarcină, menopauză, false uterine, etc., etc.

Circulatorii vagotonice: tachicardie, palpitațiuni, despnee, hipertensiune, etc.

Medicațiune lipsită de toxice vegetale sau chimice — Nici o contraindicație.

ALGANOL

V. Mercier — Paris

Cel mai puternic sedativ al durerii. — 1-3 buline pe zi.

GEORGES VERGLAS

BUCUREȘTI, 3 — Precupeții Vechi, 1. — Telefon 2.01.43

LA GRIPĂ ȘI
TOATE CELELALTE
MALADII FEBRILE
DIN CAUZA RĂCELII

QUADRONAL

ANALGEZIC
ȘI
ANTIPIRETIC
verificat

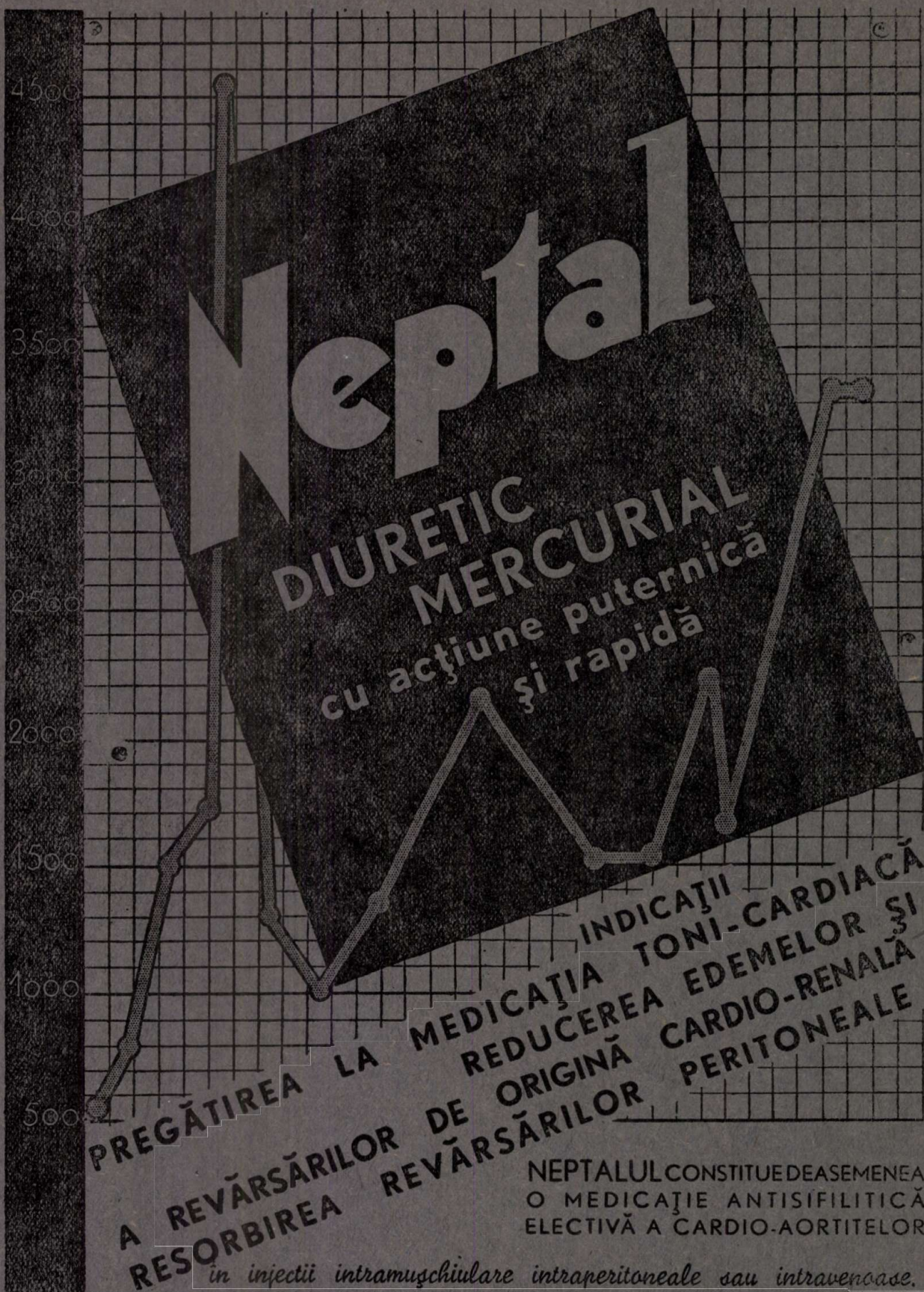
★

TUB ă 10 TABLETE
TUB ă 20 TABLETE
ETUIS ă 6 TABLETE

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI



SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES POULENG FRÈRES & USINES DU RHÔNE
 21, RUE JEAN GOUJON - PARIS 18^e

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL

Anul XXIII

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

DIRECTOR: Conf. Dr. I. GAVRILĂ Secretar de redacție: Dr. D. CĂPRIOARĂ	COMITETUL DE REDACȚIE: Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Dr. I. Cosma, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. M. Teleman, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Conf. Dr. I. Voicu, Dr. V. Weindel	REDACȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1 Telefon 45
---	---	--

SUMARUL:

Articole științifice:

Prof. Dr. Gh. Popoviciu: Contribuțiuni la studiul reacțiilor de tuberculină iperergice (reacții cutanate inegale proximal mai intense)	Pag. 137
Dr. Virgil Popoviciu: Tarsotomie verticală, ca metodă de intervenție contra entropionului trachomatos	" 142
Dr. I. Danicico și Dr. M. Teșoiu: Un caz de apofiză tibială anterioară bilaterală	" 144
Dr. Petre Neagoș, Dr. Adalbert Tribus și Dr. Alexandru Halchini: Drenajul aspirator în tratamentul cavelor tuberculoase	" 147

Probleme terapeutice:

Dr. Eugen Morariu: Principii și metode de tratament fizioterapic indicate în îmbolnăvirile aparatului circulator	" 150
Conf. Dr. I. Gavrilă: Tratamentul cu vitamina C în bolile infecțioase acute	" 158

Medicină de războiu:

Dr. Eugen Adam și Dr. Crișan Mircioiu: Considerațiuni asupra organizării și funcționării Ambulanței Divizionare	" 160
---	-------

Medicină preventivă:

Dr. Gh. Gh. Vasilache: Cauzele mortalității infantile în România	" 162
--	-------

Congrese medicale:

Dr. Ion Prăgoiu: Dare de seamă asupra Congresului de Chirurgie de Războiu ținut la Iași în Februarie (21—23) 1942	" 166
---	-------

Societăți medicale:	" 168
-------------------------------	-------

Revista cărților	" 171
----------------------------	-------

Supravegherea diabeticilor de Dr. Ferd. Bertram și Dr. Heinz Bürger. — Tratamentul cu sulf în medicină internă de Dr. Richard Kühn. — Recunoașterea bolilor interneacompaniate de stări de inconștiență de Dr. Peter Mehler. — Terapia modernă a varicelor, emoroizilor și varicoceleului de Dr. Paul Linser și Dr. K. H. Vohwinkel. — Ortopedie modernă de războiu de Dr. Albert Lorenz.

Revista revistelor	" 174
------------------------------	-------

Note și informațiuni	" 177
--------------------------------	-------

Premiul Behring al Universității din Marburg. — Decrete și Decizii Ministeriale.

Bibliografie	" 178
------------------------	-------



În secrețiile vaginale de cea mai variată origină, în special pe bază de infecțiune cu trihomonade și a insuficienței funcționale a pereților vaginului

terapia cauzală cu

Devegan

dă rezultate sigure, întrebuințare curată și agreabilă



»Bayer«

L. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

Ambalaje originale:

Cutii cu 15 și 10 tablete

Reprezentanța generală pentru România:
„ROMIGEFA” S. A. R., București I, Str. Brezoianu 53

UN PRODUS CHIMIC ROMÂNESC

SEPTICEMII

SCARLATINĂ
ERIZIPEL

ENDOCARDITĂ LENTĂ
AVORTURI SEPTICE
FACERI COMPLICATE
AMIGDALITĂ



SULFAZOL
TABLETE



FABRICA HYGEA CLUJ S. A. R.
BUCUREȘTI

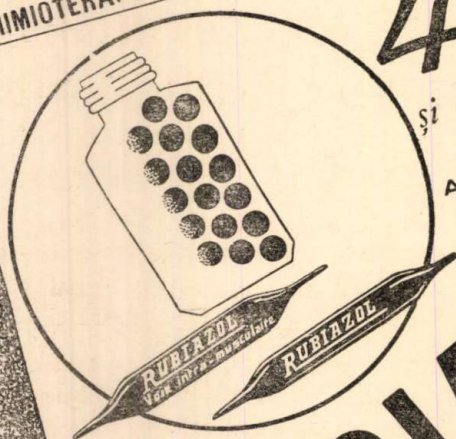
Conținut: Chlorhidrat de sulfamido-chriso-
idină și p-Aminobenzensulfamidă,
2 : 1.

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări

și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CA



RUBIAZOL
COLORANT AZOIC

este
CEL MAI ACTIV și
COMPLECT ATOXIC

DOZA ZILNICĂ:
6-12 comprimate
2-3 fiole



LABORATOIRES DU DR. ROUSSEL-PARIS

Eșantioane Medicale și literatură la:

Reprezentanța generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTETIA” S. A. R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREȘTI, III

Telefon 221.38

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Contribuțiuni la studiul reacțiilor de tuberculină iperergice (reacții cutanate inegale proximal mai intense)¹⁾

de

Prof. Dr. Gh. Popoviciu

Intr'un număr de tot recent din acest an,²⁾ al revistei Internaționale de pediatrie „Annales Paediatrici”, savantul Profesor Mayerhofer dela Zagreb, fost elev al școalei pediatrie vleneze, atrage atenția cititorilor asupra unei observații *simple* pe care o poate face *orice doctor*, pediatru, internist sau fiziolog, cu ocazia citirii reacției cutanate de tuberculină a lui v. Pirquet.

Este vorba de diferența remarcată de D-sa între reacția dela scarificația proximală și între cea distală și anume de o reacție proximală adesea mult mai intensă (ca roșată, tumefiere și dimensiuni). O asemenea diferență se poate constata și în clișeuul lui Keller-Moro din tratatul lui Pfaundler-Schlossmann,³⁾ fără însă ca autorii să-l dea vreo importanță.

Mayerhofer a văzut asemenea reacții *inegale (proximal mai intense)* cu deosebire în procesele tuberculoase recente *active*, respectiv *activate*, la copiii iperergici. El explică fenomenul prin: 1. mărirea aditivă a cantității de tuberculină la scarificația proximală, în urma resorbției tuberculinei din scarificația distală, spre cea proximală, 2. sensibilizarea părții superioare (proximale) prin tuberculina depusă cu ocazia scarificării. Nolle cantități parvenite ulterior la acest punct prin resorbție din punctul distal, produc o acțiune iperergică („reacție precoce”).

Aceste reacții Pirquet, proximal mai intense, iperergice, sunt de o mare importanță practică, îndemnând la *prudență și exactitate deosebită* în ceea ce privește diagnosticul, prognosticul și tratamentul copilului re-

spectiv, ajutând inclusiv la combaterea tuberculozel în timp de război, când formele active și activate sunt mai frecvente atât la copil cât și la adult.

Mayerhofer a observat încă din 1909 un fenomen analog: cu ocazia tratamentului cu tuberculină (cu doze crescânde, foarte ridicate, după Engel-Schlossmann), — injectând unul copil obișnuit deja cu doze mari, aceeași doză mare înainte bine suportată, dar de astă dată aplicată *distal* de focarul tuberculos (de ex. distal de carla unui membru), — se produce în mod neașteptat o reacție locală extrem de intensă („monstruoasă”) la focarul respectiv și totodată edeme foarte accentuate distal spre periferie, cu vezicule la articulațiile degetelor, etc. (analog inflamației căilor limfatice ce se observă uneori între scarificația proximală și distală la reacția Pirquet inegală, iperergică). După Mayerhofer și colaboratorul său de atunci, Fuchs, fenomenul s'ar datora acțiunii curentului venos și limfatic, care aduce dela periferie la centru destul de nediluată o mare cantitate de tuberculină, depozitată distal de focarul tuberculos; reacția acestuia va fi în consecință iperergică. În cazul contrar, când tuberculina a fost injectată proximal de focar, ea va fi transportată prin căile venoase și limfatice spre centru deocamdată fără a atinge focarul tuberculos, ajungând la acesta abia după ce a fost *mult diluată* și probabil chiar modificată; reacția de focar nu va fi deci iperergică.

Modificarea reacției alergice cu *distanța dela focarul infectat primar*, rezultă și din cercetările lui Kogoj (1928) în tricofitile, citate de Mayerhofer.

Din lucrarea mai sus citată din acest an a lui Mayerhofer, singura accesibilă nouă, aflăm că asupra diferențelor de mai sus în reacția lui Pirquet s'a făcut

¹⁾ Comunicare făcută la Societatea Științelor medicale din Cluj-Sibiu, în 5. XII. 1941.

²⁾ V. 156, 1942, Nr. 2, pg. 54.

³⁾ Ed. 4, V. 2, 1931, pg. 713.

o comunicare cu mai mulți ani în urmă, din încredințarea lui *Mayerhofer*, de către *Skrivaneli*, asistentul său, la Secția pediatrică a Societății medicale din Zagreb.

De asemenea *Mayerhofer* a făcut o dare de seamă la Societatea pediatrică jugoslavă, în Decembrie 1937. Tot D-sa a dat o scurtă notă în *Wiener medizinische Wochenschrift* din 1939.

Observații analoage cu ale lui *Mayerhofer* am făcut și noi de aprox. 15 ani încoace, fără să avem cunoștință de ale D-sale până la articolul publicat anul acesta. Am omis să dăm asupra lor un raport mai detaliat, întru cât cercetările noastre comparative cu alte reacții de tuberculină și asupra modificărilor chimismului sanguin din reacțiile intense n'au putut fi încă încheiate. Totuși în tratatul meu (Vol. II, III, și cu deosebire Vol. III,) dau încă în 1936 și 1937¹⁾ (reprodus și în *Revista de Pediatrie și Puericultură*, 1938),²⁾ clișee cu reacții *Pirquet* pozitive și Intens pozitive, observate de mine până la acea dată. Se vede clar, că acele rezultate ale mele apărute la o dată anterioară datei la care *Mayerhofer* și-a publicat primele sale observații similare (anul 1939), sunt identice cu observațiile D-sale, publicate la o dată ulterioară mie. Exact ca și D-sa în articolul recent (1941), singurul pe care l-am putut obține, observațiile mele arată că la o reacție *Pirquet* pozitivă (nu intens, v. fig. 1, corespunzătoare figurei 440 din tratatul meu, la un copil de 5 ani cu ascită tuberculoasă), nu se observă o diferență evi-

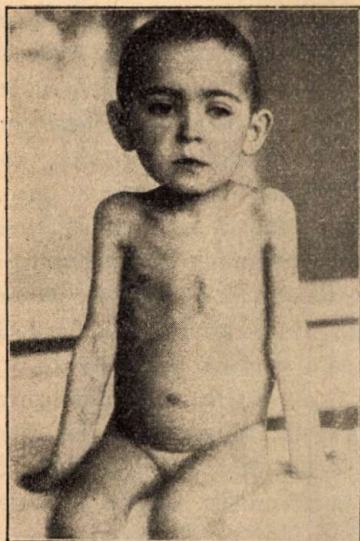


Fig. 1 (fig. 440 din Tratat)

Reacția *Pirquet* pozitivă (nu intens, în clișeu și mai slab redată), la un copil de 5 ani, cu ascită tuberculoasă. Stern deprimat, fără leziuni evidente pulmonare.

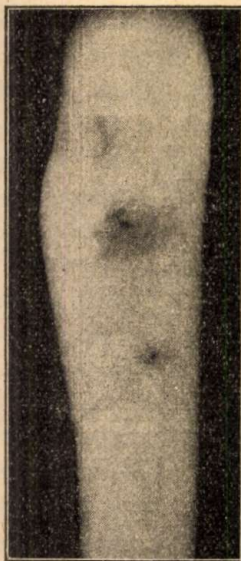


Fig. 2 (fig. 453 din Tratat).

Cutireacție *Pirquet* intens pozitivă la scarificația superioară, la un copil de 6 ani, cu tuberculoză ilară (v. și fig. 3).

dentă între reacția proximală și distală. Din contră la reacțiile calificate de mine „Intens pozitive la scarificația superioară”, — din fig. 2 (corespunzătoare figurei 453 din tratat), la un copil de 6 ani cu tuberculoză ilară (redată în fig. 3 și 4, corespunzătoare figurilor 433 și 434), cât și din fig. 5 (corespunzătoare figurei 454), cu

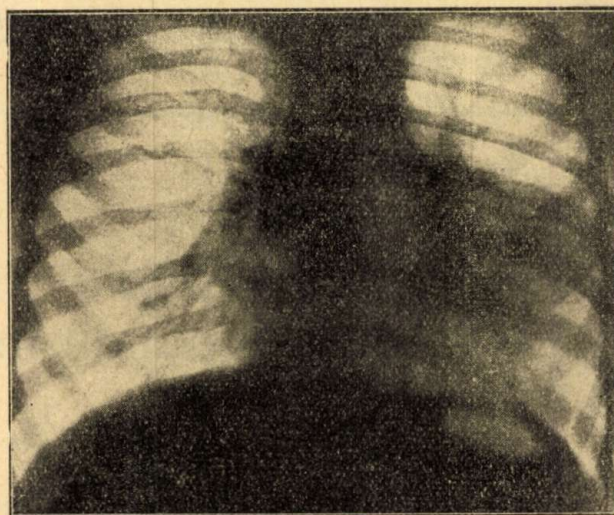


Fig. 3 (fig. 433 din Tratat).

Infiltrat tuberculos periilar în formă de triunghi, care la stânga cuprinde jumătatea inferioară a lobului superior, la copilul din fig. 2.

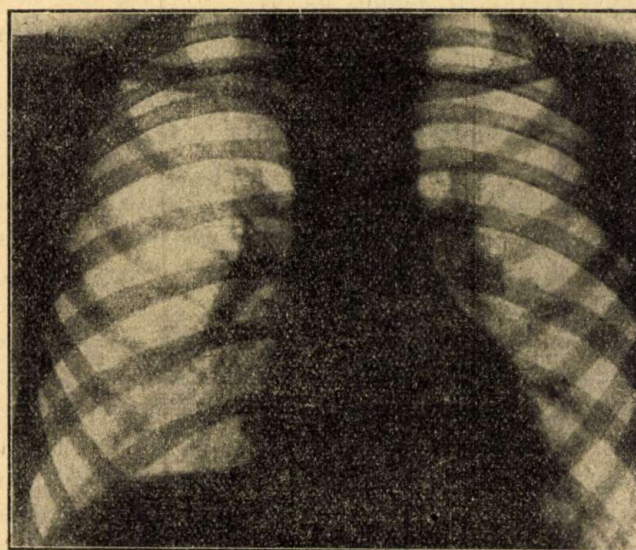


Fig. 4 (fig. 434 din Tratat).

Copilul din fig. 3, revăzut după 1 1/4 ani, cu procesul infiltrativ regresat (umbre scleroase ilare și periilare de ambele părți, în formă de rețea în jurul ilului stâng). Reacția *Pirquet* pozitivă (nu intens și fără o accentuare proximală atât de pronunțată, ca la data din fig. 2)

scarificația superioară papuloedematoasă mai extinsă, la un copil de 7 luni cu adenopatie ilară, — aceste deosebiri sunt foarte accentuate (inclusiv la copilul din fig. 6 și 7, la care clișeul nu redă destul de bine reacția), identice observațiilor lui *Mayerhofer*.

Mai rezultă din aceste clișee ale mele din 1937 clar, că reacțiile inegale trebuiesc interpretate ca reacții

¹⁾ V. II, 1936, pg. 334, fig. 241; Vol. III, 1936, pg. 606, fig. 329; V. III, 1937 pg. 765, 767, 772, 776, 780, fig. 440, 442, 448, 450, 453, 454, 455.

²⁾ Nr. 1—3, pg. 35.

Iperergice la un proces tuberculos recent, analog lui *Mayerhofer*. Astfel fig. 8 (corespunzând figurei 455 din tratat) redă reacția lui *Moro* și a lui *(Moro-)Scarzella-Popoviciu* (= reacția *Moro* produsă după fricționarea plelel

(neredată în figuri) a fost de asemenea intens pozitivă (cu deosebire la scarificația superioară). Cercetările mele mai vechi arată că numai reacția *(Moro-)Scarzella-Popoviciu* este echivalentă ca valoare diagnostică cu reacția

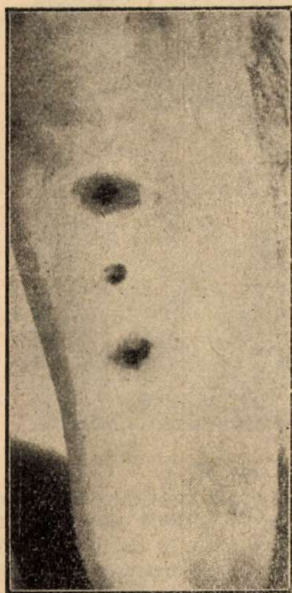


Fig. 5 (fig. 454 din Tratat)
Reacția *Pirquet* intens pozitivă, la scarificația superioară papuloedematoasă, la scarificația inferioară ușor veziculoasă, mai redusă ca diametru, la un copil de 7 luni, cu adenopatie ilară.

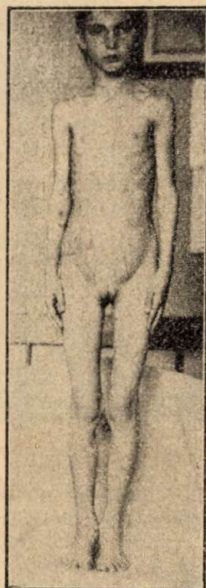


Fig. 6 (fig. 450 din Tratat)
Reacția *Pirquet* intens pozitivă (proximal mai accentuată, în clișeu slăbuț reprodusă), la o fetiță de 11½ ani, cu abitus astenic, adenopatie ilară (v. și fig. 7).

cu hidrat de sodiu 10%), la o fetiță de 10 ani cu eritem nodos (fig. 446, în lucrarea actuală fig. 9) și adenopatie

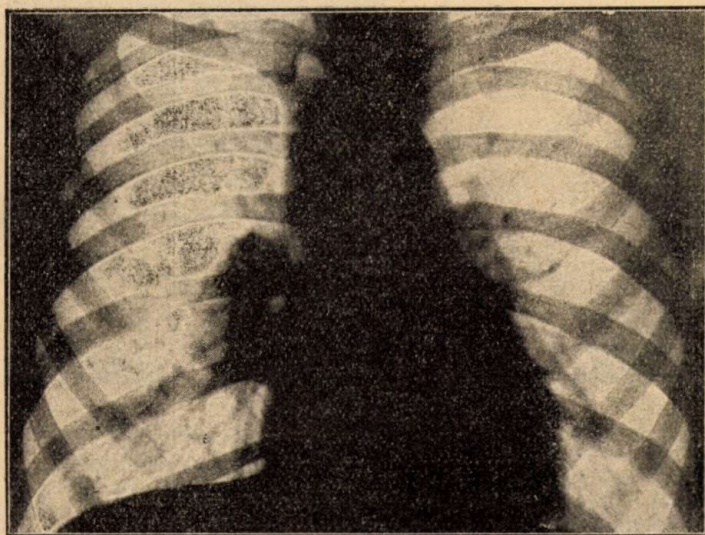


Fig. 7 (fig. 427 din Tratat).
Adenopatia și tuberculoza ilară dreaptă la fetița din fig. 6, la vârsta de 12 ani (progresate după ½ an dela data reacției *Pirquet* din fig. 6).

ilară dreaptă cu infiltrație perifocală; reacția *Moro* (la dreapta) e slab pozitivă, a lui *(Moro-)Scarzella-Popoviciu* (la stânga) intens pozitivă; la aceeași fetiță reacția *Pirquet*



Fig. 8 (fig. 455 din Tratat).
Reacțiunea percutană a lui *Moro* (la dreapta) slab pozitivă, a lui *(Moro-)Scarzella-Popoviciu* (la stânga) intens pozitivă, la o fetiță de 12 ani, cu adenopatie ilară dreaptă, eritem nodos (v. fig. 9). Reacția *Pirquet* (nereprodusă) de asemenea intens pozitivă (cu accentuare proximală).

Pirquet, nu și reacția *Moro* în forma ei originală care lese în general relativ mai puțin intensă. În cazul de sus reacția *(Moro-)Scarzella-Popoviciu* și reacția *Pirquet* au fost intens pozitive (cea din urmă înegală) la un proces indiscutabil de origină recentă, foarte activ, iperergic (infiltrat eptuberculos, eritem nodos I).

Reacțiile *Pirquet* intens pozitive, înegale, cu intensificarea reacției la scarificația superioară, am observat-o ca regulă generală (în foarte numeroasele reacții — de multe mii — executate în cursul unui deceniu și jumătate, v. și fig. 10—14), la infecțiile de tuberculoză activă, în procesele active de origină recentă, la o suprainfecție continuă, cu sursa între cel din jur, la scrofuloză, tuberculoză osoasă, u-neori și în tuberculoza înactivă cu alergii ridicată. În majoritatea acestor cazuri reacția *Moro* cu modificarea



Fig. 9 (fig. 446 din Tratat).
Eritem nodos la fetița din fig. 8.

Scarzella-Popoviciu, s'a dovedit de asemenea intens pozitivă; mult mai rar (și relativ mai slab) reacția *Moro* în forma ei originală.

Reacția Tram-
busti (Introducerea
intracutană a unui
ac de sîrîngă, în-
mularat într-o soluție
de tuberculină 10%
— 20%, pavilionul
acului fiind astupat
cu degetul la intro-
ducere, cât și la
scoaterea din tuber-
culină), ca de altcum
în general și reacția
Pirquet, era ceva
mai puțin sensibilă
ca reacția (Moro-)
Scarzella-Popoviciu
care echivala în ge-
nere cu sensibilitatea
reacției *Mantoux*
1 : 1000.

Un alt fapt con-
statat de noi în un
mare număr de ca-

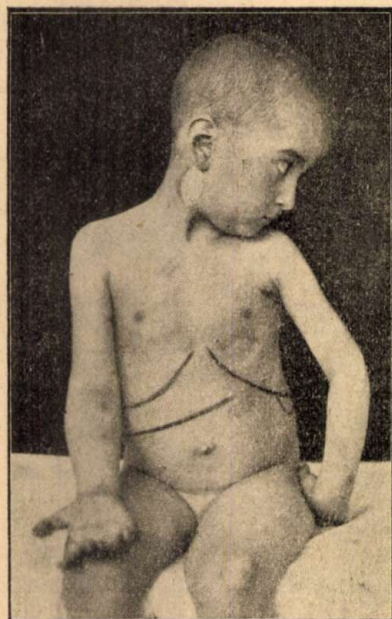


Fig. 10 (fig. 241 din Tratat).

Reacția *Pirquet* pozitivă (proximal mai
intensă, în clișeu slabuț reproducă), la
un copil de 5 ani cu adenite tubercu-
loase retroauriculare, laterocervicale și
axilare, epato- și splenomegalie.

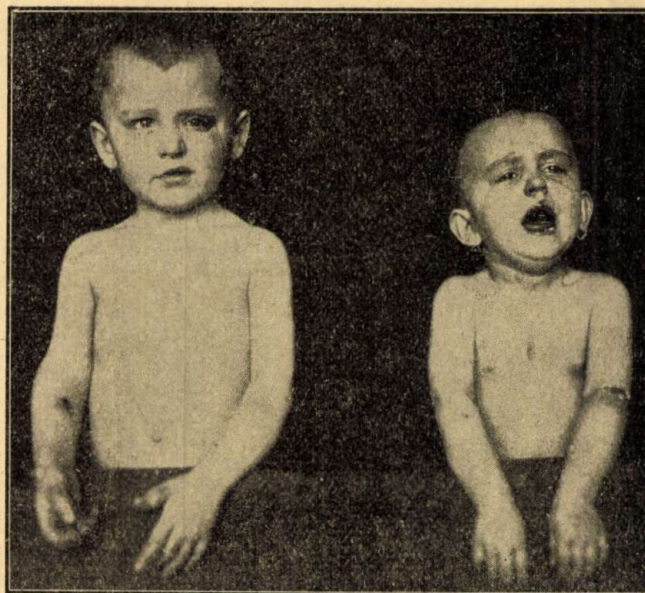


Fig. 12 (fig. 448 din Tratat).

Reacția *Pirquet* proximal intens pozitivă (pusă în evidență în clișeu
numai la copilul mai mare, — scarificația distală slab pozitivă
n'a putut fi redată), la doi frați, de 4 și 2½ ani, cu tuberculoză
osteoarticulară, în parte fistulizată, a membrilor superioare, spine
ventose multiple. La copilul mai mare ectropion al pleoapei supe-
rioare stângi, cu vegetații tuberculoase ale conjunctivei palpebrale
stângi; cicatrici scrofulodermice în regiunea submaxilară dreaptă
și la piciorul stâng.

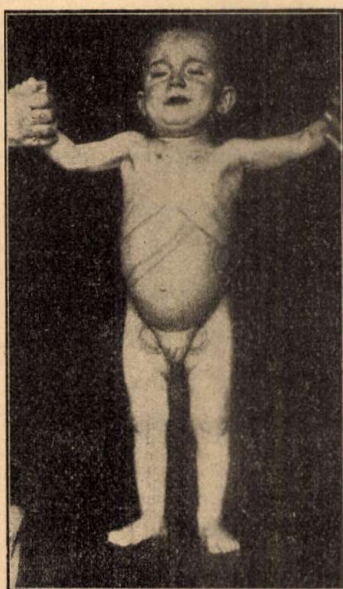


Fig. 11 (fig. 442 a din Tratat).

Copilul din fig. 10, cu adenopatia ge-
neralizată și epato-, splenomegalia, mic-
șorate în cursul tratamentului (raze
ultraviolete, calciu, ergosterol iradiat,
regim bogat în vitamine). Reacția *Pirquet*,
Moro, (Moro-)Scarzella-Popoviciu intens
pozitive (slab reproduse în clișeu).

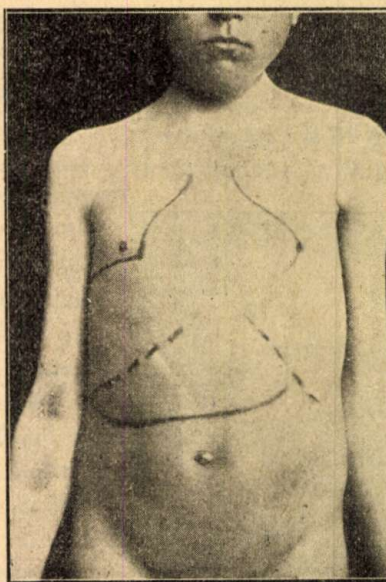


Fig. 13 (fig. 329 din Tratat).

Reacția *Pirquet* (proximal) intens po-
zitivă la un copil de 14 ani, cu ciroză
cardiotuberculoasă *Hutinel* (înainte cu
2 ani pericardită).



Fig. 14 (fig. 330 din Tratat).

Fistulă tuberculoasă sublinguală la co-
pilul din fig. 13.

zuri cu reacția *Pirquet* intens pozitivă (cu accen-
tuare la scarificația proximală) era mărirea produsului
Ca x P (rezultat din înmulțirea valorii Ca-lui san-
ghin în mgr %, cu valoarea P-lui sanghin). Față de

ele, în cazurile cu reacții puțin intense (mai mult sau
mai puțin egale la scarificația proximală și distală), pro-
dusul Ca x P era în genere relativ mai scăzut. Mărirea
produsului Ca x P am constatat-o mai ales în proce-
sele active de origine recentă, scrofuloză, eritem nodos,
cu reacția *Pirquet* intensă, — relativ mai rar în tuber-

culozele inactive totuș cu reacția *Pirquet* intens pozitivă, sau în procesele peste tot mai avansate sau pe cale de vindecare.

Aceste constatări ale noastre, din cercetări încă neîncheiate, vin în sprijinul concepției noastre mai vechi (1933), că mărirea produsului $Ca \times P$ (prin ridicarea mai mult a valorii Ca -ului, decât a P -lui sanghin) ar fi rezultatul unei reacții de apărare (prin mobilizarea sărurilor de calciu, poate prin intermediul paratiroidelor al căror rol în combaterea tuberculozel pare a rezulta din diferite cercetări, cu deosebire ale lui *Gordon* și colaboratorilor săi).

Bibliografie

Fuchs: Jahrb. f. Kinderheilkunde D. 72. 1910 pg. 523.
— *Gordon* etc.: Journ. Amer. Med. Assoc. D. 86. 1927, pg. 1863. — *Mayerhofer*: Tuberculoza copilului (raport la Congr. 2. jugosl. pediater. Belgrad. 4. XII. 1937), — în: Serb. Arch. 1939, Nr. 7—8; Wien. med. Wochenschr. V. 83. 1939, pg. 659; Ann. Paediatr. V 156, 1941, Nr. 2, pg. 84. — *Pfaundler-Schlossmann*: Handb. d. Kinderheilkunde, Ed. 4, D. 2, 1931, pg. 713. — *Popoviciu*: Cluj. Med. 1928, Nr. 1 pg. 28; Rev. franç. Pédiatr. D. 4. 1928 Nr. 4, pg. 460; Cpt. r. Soc. Biol. Vol. 116. 1934, pg. 1101; Rev. franç. Pédiatr. D. 10. 1934, Nr. 5, pg. 624; Elemente de Pédiatrie și Puericultură. Vol. II. 1936; Vol. III, 1936; Vol. III, 1937, Ed. Lumina, Cluj; Rev. Pédiatr. și Puericult. 1938, Nr. 1—3, pg. 85. — *Popoviciu-Blosu*: Cluj. Med. 1935, Nr. 8 pg. 407. — *Popoviciu-Nicolae*: Cluj. Med. 1933, Nr. 3, pg. 131; Rev. franç. Pédiatr. V 9 1934, Nr. 5, pg. 630.

RESUMÉ

Contribution à l'étude des réactions de tuberculine hyperergiques (cutiréactions inégales, proximalement plus intenses)

Les observations de l'auteur, dont les premiers résultats ont été publiés en 1936—1938, constatent l'existence d'une réaction à tuberculine hyperergique, dans les processus tuberculeux frais, actifs, ou activés, analoguement à *Mayerhofer* et à son collaborateur, *Shrivaneli* (1939—1941). L'auteur a publié ses résultats indépendamment de *Mayerhofer* et sans connaître jusqu'en 1941 les travaux de celui (publiés partiellement dans la littérature serbo-croate et signalés déjà avant 1939). Il vient s'associer à l'analyse et à l'interprétation de *Mayerhofer*, en confirmant le carac-

tère hyperergique de ces réactions inégales (proximalement plus intenses) aussi par ses études encore non finies, qui concernent: 1. l'étude comparative d'autres réactions à tuberculine (*Moro*, *Moro-Scarzella-Popoviciu*, *Trambusti*, *Mantoux*) à l'occasion des cutiréactions proximales plus intenses; 2. le niveau du Ca et P du sang à des réactions *Pirquet* inégales ($Ca \times P$ en général élevé dans les tuberculoses fraîches, actives); 3. l'étude clinique (y compris radiologique) de ces cas remontant à une période d'observation d'approximativement 15 ans. Les réactions proximales hyperergiques de *Pirquet* sont d'une grande importance pratique; elles indiquent prudence et une exactitude spéciale en ce qui concerne le diagnostic, pronostic et traitement de l'enfant tuberculeux; elles sont d'une grande utilité surtout dans la guerre, où les processus actifs ou activés sont plus fréquents tant chez l'enfant que chez l'adulte.

ZUSAMMENFASSUNG

Beitrag zum Studium der hyperergischen Tuberkulinreaktionen (inäquale, proximal intensive Kutanreaktionen).

Die Beobachtungen des Verf., derer erste Resultate schon 1936—1938 veröffentlicht wurden, bestätigen die Existenz der von *Mayerhofer* und seinem Mitarbeiter, *Shrivaneli*, 1939—1941 beschriebenen hyperergischen, proximal stärkeren Kutanreaktion bei frischen, aktiven, bzw. bei aktivierten tuberkulösen Prozessen. Verf. machte seine Veröffentlichungen unabhängig von *Mayerhofer*, dessen Arbeiten (die anfänglich in Jugoslawien in der serbisch-kroatischen Literatur veröffentlicht und schon vor 1939 mitgeteilt wurden) ihm erst 1941 zugänglich wurden. Er schliesst sich der *Mayerhofer*-schen Analyse und Erklärung an und bestätigt den hyperergischen Charakter dieser inäqualen Reaktionen auch mit seinen noch nicht abgeschlossenen Versuchen betreffs: 1. die vergleichende Nachprüfung der übrigen Tuberkulinreaktionen (*Moro*, *Moro-Scarzella-Popoviciu*, *Trambusti*, *Mantoux*), bei proximal stärkerer *Pirquet* Reaktion; 2. das Niveau des Blut- Ca und P ($Ca \times P$ im allgemeinen erhöht in frischen aktiven Tuberkulosen mit ungleicher *Pirquet*-Reaktion); 3. das klinische (einschl. röntgenologische) Studium der Fälle des Verf. in den letzten 15 Jahren. Die proximal hyperergischen *Pirquet*-Reaktionen sind praktisch besonders wertvoll; sie raten Vorsicht und besondere Genauigkeit hinsichtlich Diagnose, Prognose und Behandlung des tuberkulösen Kindes an; sie sind sehr nützlich besonders im Kriege, wo die aktiven, bzw. aktivierten Tuberkuloseprozesse sowohl beim Kinde, wie auch beim Erwachsenen häufiger sind.

Tarsotomie verticală, ca metodă de intervenție contra entropionului trachomatos

de

Dr. Virgil Popoviciu, medic primar

Trachomul cicatricial scurtează pleoapa în 2 direcții: orizontal și vertical. [Scurtarea orizontală a pleoapei produce îngustarea deschizăturii palpebrale, iar cea verticală entropionul. Metodele tarsoplastice neglijează în general componentul de scurtare în sens orizontal, ceea ce lasă să-și desvolte preslunea nefastă asupra corneei. Cantoplastiile, fără a modifica atitudinea tarsului sunt insuficiente. *Krampton* (1886) preconizează, iar *Adams și Mackenzie* apoi *Kogan* aplică două incizii verticale în apropiere de unghiurile palpebrale, cu efect de destindere foarte salutar, însă cu cicatrici disgrațioase. *Chevelov* (1937) văzând rezultatele tardive uneori chiar după 50 ani de la intervenție, este de părere că nici o intervenție nu suprimă preslunea în sens orizontal asupra corneei, ca tocmai cea preconizată de *Krampton* și aplicată de *Kogan*: secțiune verticală a tarsului, — executată (după cum pretinde *Chevelov*) subcutan-subconjunctival.

Am aplicat metoda aceasta de tarsotomie verticală (subcutan executată) în 22 cazuri (10 pleoape sup. 12 pl. inf.) de entropion trachomatos, ajungând în 18 cazuri (8 pl. sup. și 10 pl. inf.) la rezultate bune (81,8%) constatând corecție bună a pleoapei cu suprimarea completă a presiunii ce se exercita înainte de operație.

În 4 cazuri (2 pleoape sup. și 2 pl. inf.) = ameliorări evidente, 18,2% dar care necesitau încă o corecție suplimentară prin combinarea altor metode, 1. la o pl. sup. s'a completat cu metoda Panas la alta cu metoda Flarer, 2. la o pl. inf. s'a completat cu metoda Celsus, iar la o altă pleopă inf. s'a recurs la plastica Blaskovics.

În primele 2 cazuri operate metoda Flarer a fost combinată ca încercare cu tarsotomie verticală. Având 81,8% rezultate terapeutice bune pot recomanda călduros tuturor confrăților întrebându-se aceste metode de intervenție chirurgicală contra entropionului trachomatos. Metoda așa cum am aplicat-o eu — este următoare: Anestezia locală cu Neotonocain (Novocain + Adrenalin) 4% I. Incizie cu un Graefe, ce nu mai servește pt. cataractă, sau cu o pică, în toată întinderea porțiunii intermarginale.

II. Disecția stratului muscular de pe tars dela marginea ciliară spre sacul conj.

III. Aplicarea cu foarfecă a unei secțiuni verticale interesând tarsul și conj. cicatricială cam pe mijlocul celor trei treimi pbrale.

IV. Pleoapa imediat își revine din poziția vicioasă și fracțiunile tarsale se adaptează de porțiunea musculo-cutanată a pleoapei, destinsă. Pans. occlusiv, uneori pentru o adaptare mai bună chiar ușor compresiv. (În unele cazuri și colir antiseptic s'a dat).

V. A doua sau a treia zi se lasă fără pansament. La schimbarea pansamentului colir antiseptic.

Luându-mă după preconizarea lui *Chevelov* am făcut în câteva cazuri după secțiunea verticală suturarea porțiunii tarsale de porțiunea musculocutanată prin aplicarea de 3-4 fire, dar repede m'am lăsat de aceste suturi, simplificând metoda și am rămas complet mulțumit de rezultatul obținut.

Redăm aici un tablou rezumativ despre folie de observație a bolnavilor tratați contra entropionului trachomatos cu tarsotomie verticală.

Nr. crt.	Foaia de observ. clinică	Diagnoza	Operațiune	Mersul și rezultatul
01-02	160/938	Trachom III Panus a. o. Trichiază distichiază Entropion cicatr.	9-IV 13-IV 20-IV	Flarer comb. cu tarsotomie vertic. pl. sup. A. O. OD = subcutan subconj. OS = subcutan fără pans. Edemul pbrl. redus complet Motilitatea pl. perfectă Poziția pleoapelor destul de bună, nu atinge globul
1-2	180/938	Tr. III Panus a. o. Entrop. trichiasis distichiasis	23-V 24-V 1-VIII 2-VIII 8-VIII	Tarsotomie vertic. pl. inf. AO fără sutură fără pans. ușor entropion contral cu distich. și trichiază pl. inf. OD Celsus contra entropion pl. inf. OD vindecată

Nr. crt	Foaia de observ. clinică	Diagnoza	Operațiune	Mersul și rezultatul
3-4	157/938	Trachom III Panus ao Entropion pl. inf. AO	23-V 24-V 11-VI 26-VI	Tarsot. vertic. pl. inf. ao fără sutură fără pans. pl. inf. încep a deveni normale pl. inf. vindecată dar cu o grosime ceva mărită
5-6	345/938	Tr. III. Panus ao Entr. cu trichlaziis ao	20-X 22-X 23-X 25-X 10-XI	Tarsotomie vertic. pl. inf. ao fără sutură fără pans. od. bine adaptat o. s. încă pans. marginea plăgel e bine adaptată schimb zilnic de pans. o. s. fără pans. o. s. Tendința la eutropion a pl. inf. o. s. mai evidentă. Tarsotomia verticală în acest caz nu a dat corecție perfectă
7-8-9	423/938	Tr. III. a. o. Panus os Entropion trichlaziis, distich. pl. sup. AO, pl. inf. OS	11-XI 26-X 6-XII 10-XII 15-XII 17-XII 22-XII 31-I 1-II	Plastica pbrală cu labou Blaskovics pl. inf. o. d. vindecată. Tarsotomie vertic. pl. sup. OD, 4 secții verticale 2 fire duble de sutură se scot fire Tarsotomie vertic. pl. sup. os 4 secții vertic. 3 fire duble de sutură se scot firele Tarsotomie vert. pl. inf. os. 3 secții vertic. 3 fire de sutură Entrop. pl. sup. OD Panus se scot firele
10-11	477/938	Tr. III. Panus Entropion trichlaziis Xerosis bulb. și corn. ao.	27-XII 29-XII 30-XII	Tarsotomie vertic pl. inf. și sup. OD, pl. sup. 3 fire de sutură pl. inf. 2 fire de sutură Scos firele fără pans.
12-13			3-I 6-I 22-I	Tarsotom. vertic. pl. sup. și inf. os. sup. 3 fire de sutură inf. 4 fire de sutură Scos firele pleacă cu globul decongestionat
14-15	140/939	Tr. III. Panus AO Entropion trichlaziis distichlaziis pl. sup. a. o.	29-XI-938 2-XII-938 5-XII 8-XII 27-XII	Tarsotomie vertic. pl. sup. os 2 fire duble de sutură fără pansam. Scos firele Tarsotomie pl. sup. OD. 1 fir dublu de sutură scos firul, fără pans. decongestionat A. O.
16	93/939	Tr. III. a. o. Panus a. o. Entropion Trichlaziis, pl. inf. OD	28-III 1-IV 3-IV	Tarsotomie vertic. pl. inf. OD combin. cu extirparea parțială a corpului tarsal fără sutură fără pans.
17	242 939	Tr. III. AO Entropion trich. pl. sup. s. o.	2-IX 4-IX	Câțiva clii distichlaziiei care nu răcăie corneea Tarsotomie vertic. pl. sup. o. s. fără sutură, pans. compr. fără pans.

Nr. crt.	Foaia de observ. clinică	Diagnoza	Ocupațiune	Mersul și rezultatul
18—19	341/939	Tr. III AO Panus AO Entropion trich. pl. sup. și inf. OD Entrop. pl. sup. OS.	12—XII 13—XII 20—XII	Tarsomle vertic. pl. sup. și inf. OD fără pans. vindecată
20	243/939	Tr. III. AO Panus AO Ulcer cornean OD Entropion trich. a. o.	28—XII 30—XII	Tarsotomie vertic. pl. inf. o. s. fără pans.
21—22	374/940	Tr. III. AO Entropion trich. pl. sup. od. pl. inf. os Ulcer cornean OD	12—XII 14—XII 31—XII 2—I—941 12—II	Tarsotomie vertic. pl. sup. os fără pansam. Tarsotomie vertic. pl. sup. OS fără pansament Extirparea solului cililor pl. sup. OD (Flarerr)

SPITALUL DE STAT TIMIȘOARA. — SECȚIA OCULISTICĂ

Medic primar: Dr. V. Popoviciu

RESUMÉ**La tarsotomie verticale comme méthode d'intervention contre l'entropion trachomateux.**

L'auteur recommande contre l'entropion trachomateux l'application de 3—4 sections verticales sous la peau, intéressant le tarsus et la conjonctive cicatricielle, opération nommée par l'auteur: la tarsotomie verticale, après la quelle la paupière revient subitement dans la position normale. Il y a de bons résultats dans 81,8% des cas traités. La méthode est facile, élégante et donne des résultats immédiats et salutaires.

ZUSAMMENFASSUNG**Die vertikale Tarsotomie als Operationsmethode gegen das trachomatöse Entropion.**

Verfasser empfiehlt gegen das trachomatöse Entropion 3—4 subkutan ausgeführte vertikale Schnitte durch den Tarsus und durch die vernarbte tarsale Schleimhaut: vertikale Tarsotomie von Verfasser genannt, nach welchem das Lid sogleich in die ursprüngliche, normale Position zurückkehrt. Gute Heilergebnisse in 81,8% der behandelten Fälle. Leicht ausführbare Methode und mit prompter, oft rettender Wirkung.

Un caz de apofizită tibială anterioară bilaterală

de

Dr. I. Danicico
Medic primar chirurg

și

Dr. M. Teșoiu
Medic secundar

E vorba de un copil de 11 ani, care de circa 2 ani a început să simtă dureri la nivelul ambelor tuberozități tibiale anterioare. Concomitent cu durerile, copilul și anturajul au observat că tuberozitățile tibiale încep să crească și au ajuns la un volum pe care nu l-au văzut la semenii săi. De un an și jumătate, copilul nu mai poate face drumuri lungi, iar de un an și șchiopătează la mers. Părinții se adresează unui medic, care îl tratează cu medicație calcară, asociată cu repaos, fără rezultat. Alt medic îl tratează cu iradiațiuni ultraviolete, de asemenea fără rezultat. Este adus în spitalul nostru la 20 Noiembrie 1940.

În antecedentele heredo-colaterale, nu găsim nimic important. În antecedentele personale, copilul e născut la termen, alăptat de mamă, normal dezvoltat, de constituție robustă. Nu a suferit

de nicio boală infecto-contagioasă sau distrofică, până în prezent. Nu știe să fi suferit de vreun traumatism anterior.

La examenul general nu găsim nimic patologic; examenul sângelui de asemenea normal; Wassermann negativ.

La examenul local, constatăm că ambele regiuni tuberozitare sunt tumefiate, atingând mărimea unui pumn de copil. Regiunile sunt dureroase, la palpația superficială și profundă și mai puțin la mobilizare. Tegumentele care acoperă tuberozitățile tibiale anterioare sunt normal colorate. Pacientul este afebril. La examenul radiologic, constatăm ambele epifize tibiale anterioare crescute, de volum, separate de osul subjacent printr'un șanț aproape complet. Epifizele astfel crescute, au o pronunțată tendință la fragmentare, iar regiunea osului din jur este decalcificată (fig. 1). Articulațiile genunchiului sunt libere de ambele părți.

Se fixează ambele membre inferioare, în aparate gipsate — un fel de pantaloni de gips — dela nivelul treimeii superioare a coapsei, până la 5 cm deasupra articulației tibio-tarsiene. După 10 zile copilul poate să umble și părăsește spitalul, recomandându-i să nu facă eforturi prea mari. După 40 zile îl chemăm

coteala imobilizării gipsate, mai ales că radiografia s'a făcut, în chiar ziua suprimării gipsului.

Apofizita tibială anterioară, numită încă dischondrosteoză tibială anterioară sau maladia lui Lannelongue-

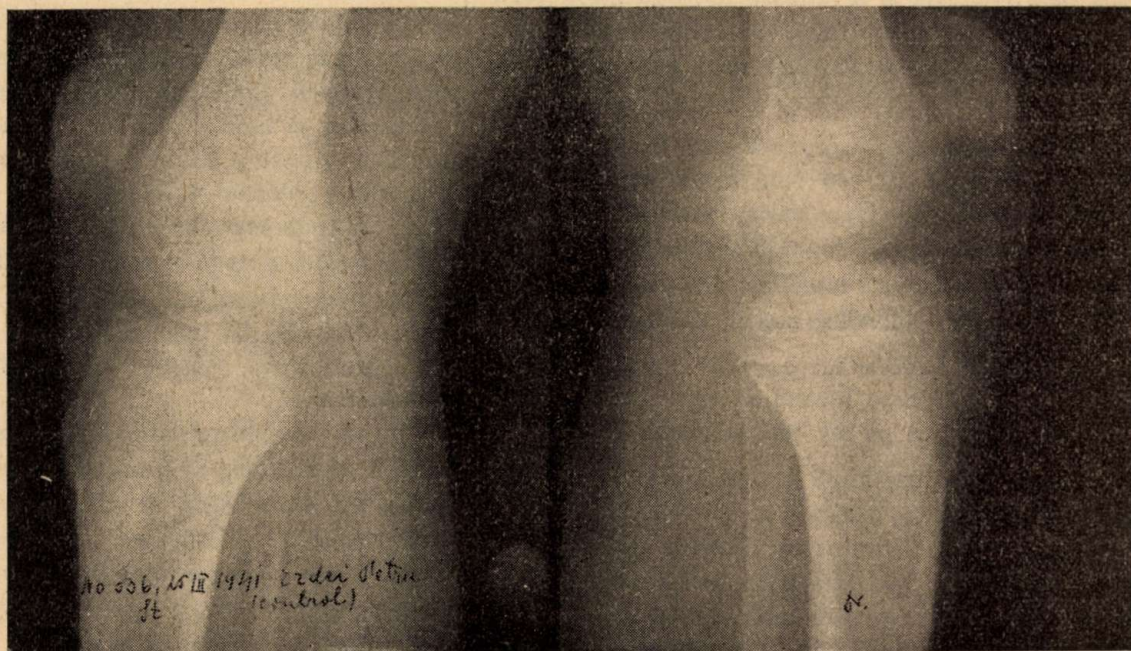


Fig. 1

la control și constatăm că se simte bine, face drumuri lungi și nu simte nicio durere. După 3 luni (la 25 II, 1941) scoatem gipsul și făcându-i control radiologic constatăm aspectul din fig. 2: se observă că epifizele s'au sudat complet cu osul, sunt omogene și diminuate de volum; ușoara decalcifiere din jur o punem pe so-

Osgood-Schlatter, a fost menționată pentru prima oară de **Gosselin** (1873), sub numele de periartrită a adolescenților, de **Lannelongue** (1878), care l-a fixat trăsăturile principale și a numit-o osteită apofizară tibială

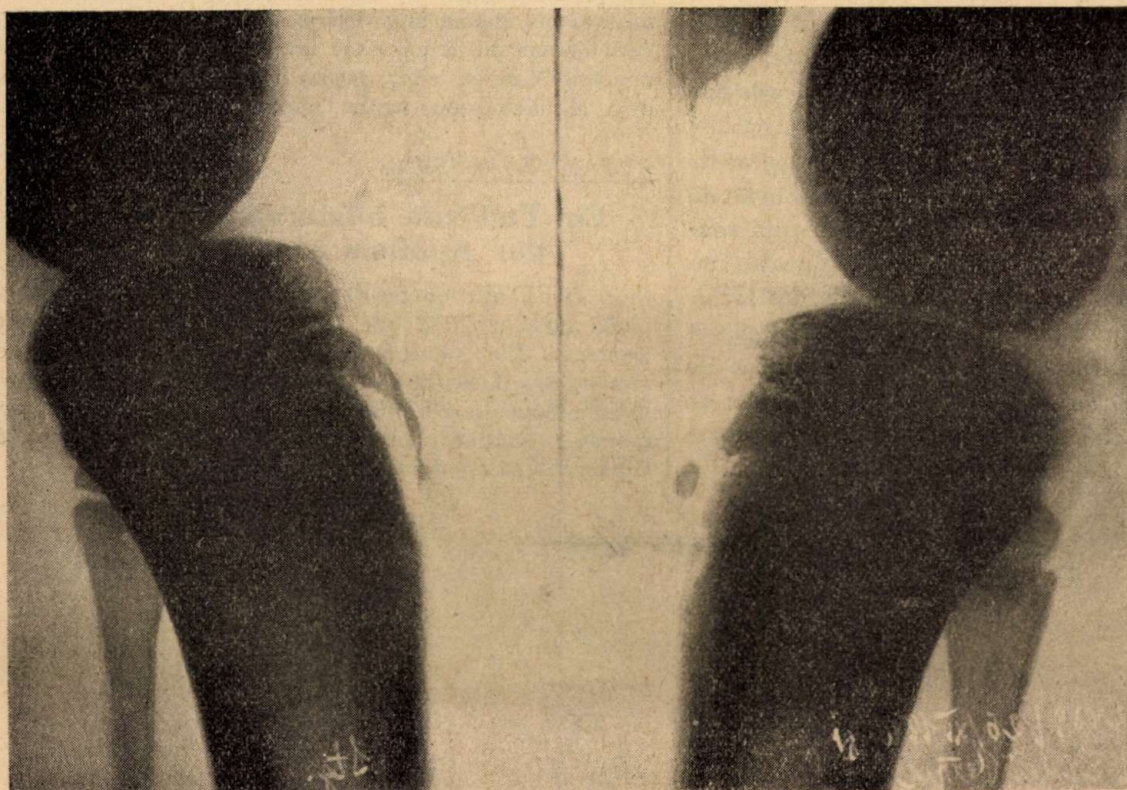


Fig. 2

a adolescenților și, de Pollson (1887), Alboulker (1900), Leclerc (1901) și Combi (1903).

Anatomopatologic și radiologic afecțiunea se caracterizează printr'un proces de fibroză apofizară, care pleacă de la corticală și invadează întreaga masă tuberozitară, fragmentând-o, într-o perioadă când sudura apofizei tibiale, încă nu s'a desăvârșit, adică sub 16 și 20 ani.

Clinic, afecțiunea se prezintă ca și în cazul nostru: apare la copil între 10—16 ani, fără cauză aparentă sau în legătură cu un traumatism, unilateral sau mai rar bilateral; durerea este simptomul principal; regiunea se tumefiază, dar această tumefiere nu interesează decât apofiza; din cauza durerilor mersul devine dificil.

Diagnosticul diferențial se face cu fractura sau decolarea apofizei, cu o bursită a regiunii, cu o osteomieliă atenuată și cu osteita tuberculoasă.

S'au invocat mai mulți factori patogenici. Astfel Osgood și Schlatter, bazându-se pe imagiile radiologice, au tras concluzia că ar fi vorba de o fractură parțială a tuberozității localizată în special la vârful. Fromme, Müller, Fels invocă rachișmul tardiv. Froelich, Agrifoglio admit o infecție osteomielitică atenuată. Turburările disendocrinene au fost invocate de Trinci, Giola, Pauluci. Dar concepția cea mai plausibilă, e aceea susținută de Ombredanne și anume că este vorba de o aberație a procesului normal de osificare condroconjugală, de o dyschondroplazie cum o numește Ombredanne sau dychondrosteoza apofizei tibiale anterioare, cum propune H. E. Rocher, a fi numită și în fond credem că Tixier și Patel au perfectă dreptate, când afirmă că dyschondroplazia apofizei tibiale nu este altceva decât un puseu congestiv localizat la un cartilaj de conjugare, puseu congestiv care poate fi provocat fie de procesul de creștere, fie de osteomieliă atenuată, de traumatism, sau chiar de stills. Cazul nostru prin apariția bilaterală și simetrică încă pledează pentru un proces de sistem, cum este dyschondroplazia, iar rezultatul terapeutic — imobilizarea parțială în aparat gipsat — din cazul nostru nu face decât să servească de argument în sprijinul concepției lui Tixier și Patel: se cunoaște anume efectul salutar al imobilizării în toate procesele congestive ale cartilajilor de conjugare.

Tratamentul poate fi:

Conservativ, care cuprinde: revulsiile locale tratament general roborant, reluarea lentă a ocupațiunii; medicațiile specifice sau endocrinale încă pare a fi dat unele rezultate: imobilizarea în gips o credem preferabilă tuturor celorlalte. Dar ținem să precizăm că noi am realizat numai imobilizare parțială, adică am imobilizat numai articulația genunchiului dând posibilitatea bolnavului să umble. Am realizat astfel un tratament funcțional, analog cu procedeul Böhler din tratamentul fracturilor coloanelor vertebrale.

Ca tratament chirurgical s'au obținut rezultate bune cu 1. forajul simplu al focarului (Boszan și O'kane); 2. întinderea tuberozității anterioare (Soulé, Solieri, Delitala, Amard). 3. exoreza apofizei, pe cale subperlostatică Matscuoka, Altschul, Agrifoglio, Mouchet, Lance, Ombredanne).

Am comunicat acest caz pentru înfățișarea lui clinică și radiologică destul de tipică, pentru contribuția lui patogenică în sensul concepției lui Ombredanne, Tixier și Patel, ca și pentru efectul terapeutic prompt sub acțiunea imobilizării parțiale (funcționale).

SPITALUL DE STAT „DR. I. COSTINESCU” ORAȘA
Medic Primar Director: Dr. I. Danicico.

RESUMÉ

Un cas d'apophysite tibiale antérieure bilaterale

Le cas décrit, un enfant âgé de 11 ans, est un cas typique de maladie du Lannelongue-Osgood-Schlatter. Les auteurs ont obtenu la guérison seulement en immobilisant l'articulation du genou dans un appareil plâtré, maintenu pendant 3 mois, sans garder le lit, le malade marchant déjà, le 10-ème jour après l'application de cet appareil.

ZUSAMMENFASSUNG

Ein Fall von bilateraler Entzündung der Apophysis tibialis anterior

Der beschriebene Fall, ein Kind von 11 Jahren bildet einen typischen Fall der Krankheit Lannelongue-Osgood-Schlatter. Die Autoren erzielten Heilung durch Immobilisierung des Kniegelenks in Gipsverband (einer Art Gipschase) für die Dauer von 3 Monaten. Das Kind wurde nicht im Bett gehalten, sondern schon am 10. Tag nach Anlegung des Gipsverbandes aufgefordert umherzugehen.

Protecția gestației



în avort iminent și habitual
sterilitate în urma netransformării
mucoasei uterine în faza pregravidă,
hemoragii (hiperplasii glandulare,
cistice, juvenile și climacterice)

Flavolutan

(Corpul galben dizolvat în uleiul germenului de grâu)

Conține deci și vitamina E. Deaceia acțiune
mărită a progesteronului. Pe baza conținutului
vitaminei E este mai ales indicat în tratamentul
avortului habitual și iminent.

Fiole cu câte 2 mg

cutii cu 1 și 3 fiole

Fiole cu câte 5 mg

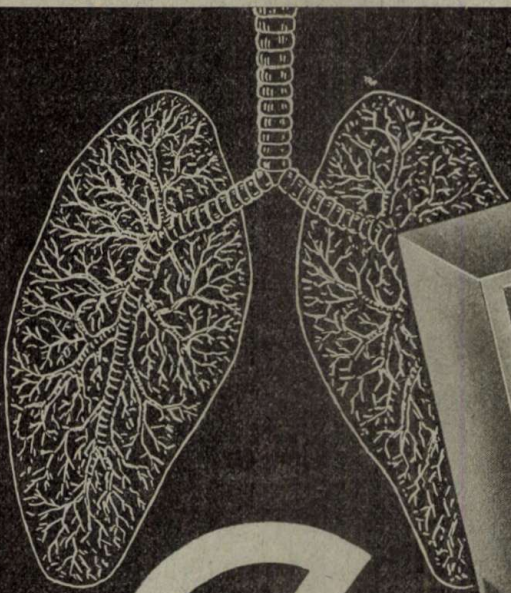
cutii cu 1 și 5 fiole



C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

B.ADES.



INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS
 GLUCONAT DE CALCIU...5%
 LEVULINAT DE CALCIU...5%
 CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50%
 FIOLE a 5 și 10 cc.
 Laboratoarele „GAMMA”

HORMONUL FOLICULAR OVARIAN

„GYNOFOLIN”

PREPARAT PUR BIOLOGIC, TITRAT RIGUROS ÎN UNITĂȚI ȘOARECE

FIOLE INJECTABILE (TOATE DOSAGIILE) CREMĂ IN TUBURI

COMPRIATE

PICĂTURI

In afecțiunile
căilor respiratorii

BRONCHOSEPTOL
 DRAGELE

Anemoton
 „GAMMA”

TONIC ȘI
 RECONSTITUANT

ANEMIE
 SURMENAJ
 LIMFATISM

INDICATII:
 — Anemia —
 — Anorexia —
 — Inapetență —
 — Insomnii —
 — Neurastenii —
 — Sclerodermii —
 — Scurtarea duratei
 și mărirea
 numărului de
 reproducere

Modul de introducere:
 ADULTI 2-4 lingurițe
 2-4 lingurițe pe zi
 COPII 1-2 lingurițe
 1-2 lingurițe pe zi

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

Drenajul aspirator în tratamentul cavelor tuberculoase (Intervenția lui Monaldi)

de

Dr. Petre Neagoș

Dr. Adalbert Tribus

și

Dr. Alexandru Halchini

Tratamentul aplicat cavelor tuberculoase prin drenaj aspirator se leagă de numele lui Monaldi, care în anul 1938 a încercat metoda sa pe primele cazuri; tot în același an, în fața societății italiene de tuberculoză, prezintă primele cazuri la care a obținut o închidere a cavelor prin aplicarea acestor metode.

Încercări similare de tratament au fost descrise și înaintea lui, care însă nu au fost urmate de prezentarea a lor veritabile și persistente închideri de cavernă.

Monaldi a fost primul care bazat pe studii de mecanică pulmonară — după ce a ajuns la convingerea că traumatismul respirator se opune vindecării cavităților pulmonare — aplică practic metoda sa, susținând că prin drenaj se suprimă în primul rând acest traumatism care nu permite vindecarea.

Această metodă a provocat curând interes în lumea medicală, și a fost urmată de aplicări în multe țări, instituiându-se la bolnavii cu caverne care până atunci nu beneficiu de alte metode terapeutice.

Cel mai mulți autori streini împărtășesc metoda lui Monaldi ca o măsură terapeutică genială, putând aduce rezultate surprinzător de favorabile.

La noi, drenajul aspirator, a fost introdus în luna Februarie 1940 în clinica medicală din Cluj, de către conferențiarul Daniello, conducătorul sanatoriului de boli pulmonare.

În 1941 D-sa împreună cu Doctorul Bumbăcescu publică în „România Medicală” primele trei rezultate obținute, descriind rezultatul eficace datorit drenajului.

După ce unul din noi a avut ocazia, la Cluj, să observe cum se aplică tehnica la această metodă, încurajați de rezultatele ei, am fost îndemnați să o încercăm și la Sanatoriul Moroeni.

În cele ce urmează descriem observațiile noastre și rezultatul obținut în urma tratamentului.

OBSERVAȚIA I.

T. N. în vârstă de 40 de ani a fost internată în Sanatoriul Moroeni în anul 1939 cu diagnosticul de Tuberculoză fibrocavitară apicală bilaterală. Atunci i s'a făcut o toracoplastie superioară de tip Semb, pentru leziunea cavitară din stânga.

Revine în Sanatoriu la data de 25 Martie 1941.

La internare starea generală mediocră, a febril, tușește mult expectorând mucopurulent, obosește repede în legătură cu eforturile, transpiră noaptea și este înăpătat.

Examen obiectiv pulmonar: clinic se percepe respirație suflantă în trelmea superioară dreaptă, cu raluri subcrepitante groase, atât anterlor, cât și posterlor; în stânga raluri subcrepitante fine.

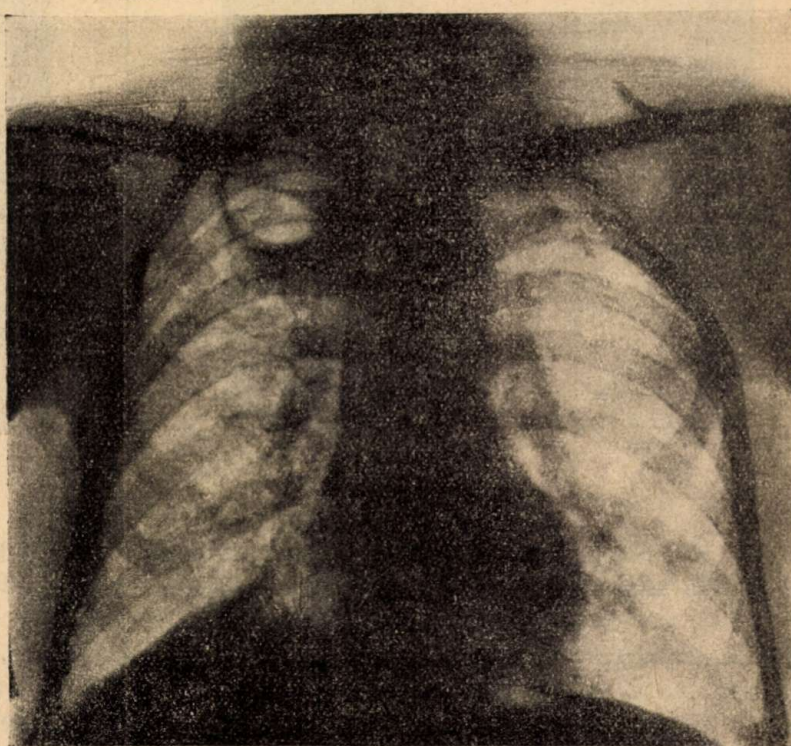


Figura 1

Radiologic în stânga mic rest de cavernă (toracoplastie Semb) iar în dreapta o escavație în lobul superior de mărimea unei monede de 250 lei, figura 1.

În sanatoriu este ținut în observație, în care timp bolnavul continuă a expectora mucopurulent, 100—120 cm. la zi, tușește foarte mult, transpiră și obosește la eforturi: i-se administrează injecții de calciu, injecții cu benzoat de sodiu și expectorante pe cale bucală; se obțin rezultate trecătoare în ce privește reducerea cantității de spută și refacerea stării generale.

După ce ne-am convins în mai multe rânduri de existența unei simfize pleurale în dreapta am hotărât să supunem acest bolnav drenajului aspirator transpleural.

În ziua de 20 Iunie 1941 l-se face o tomografie cu care ocazie ne-am elucidat asupra raportului cavernei cu vecinătatea. (Fig. 2).

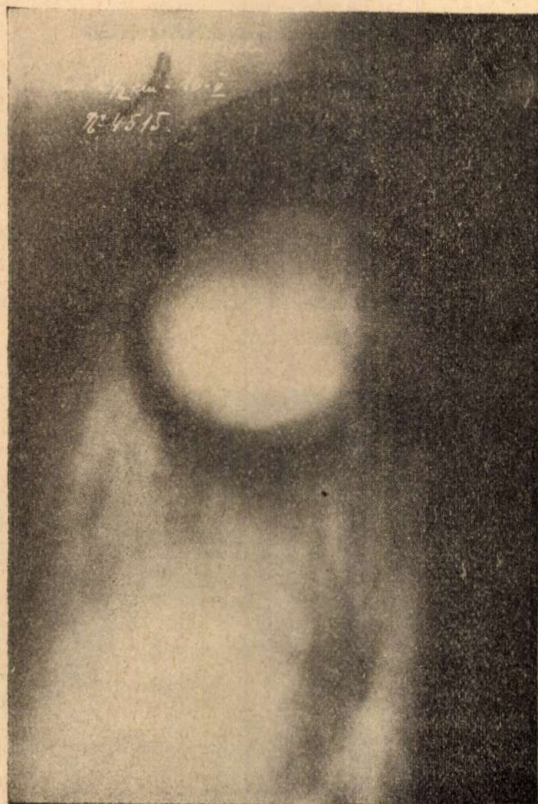


Figura 2

La 30 Iunie se instituie drenajul precedat de anestezie locală, întocmai ca la intervenția lui Iacobaeus. La început, sub ecran pe trohoscop, se introduce în regiunea subclaviculară dreaptă, în al treilea spațiu intercostal, un ac de puncție în interiorul cavernei cu scop de explorare: în acest mod ne-am dat seama de adâncimea ei, de faptul că nu ne găseam în fața unei regiuni vascularizate, culegând în același timp date asupra raportului cavității cu bronșia de drenaj. Cu ajutorul manometrului de la aparatul de pneumotorax se măsoară presiunile endocavitare obținându-se oscilații pozitive: plus 4, plus 8, indicii că între bronșe și cavitate funcționează un mecanism de supapă. Din observațiile anterioare, după cum citează și autorii Clujeni, aceste caverne beneficiază într-o măsură mai mare de rezultatele drenajului. După înlăturarea acului de puncție explorator se procedează sub control radiologic la introducerea trocarului în interiorul cavernei, până când se simte net pătrunderea în interiorul ei prin senzație de cădere în gol. După măsurarea din nou a presiunilor intracavitare se introduce în cavernă prin lumenul trocarului o sondă nelaton Nr. 14, iar după aceasta canula se scoate prin mișcări circulare ținând seamă ca sonda să nu fie mișcată, (Fig. 3).

Se face un pansament steril în jurul sondei, al cărei capăt liber este fixat cu ajutorul unui emplastru pe regiunea sternală.



Figura 3

În prima zi pacientul a prezentat temperatură ridicată 39—39,5, în spută striată de sânge, fără să prezinte alt accident. A doua zi, după scăderea temperaturii, sonda se adaptează la aparatul de aspirat. În primele zile a fost menținut în contact cu aparatul 3—4 ore, mărindu-se progresiv până la 10—12 ore pe zi, uneori aspirând și în cursul nopții. Încă din primele zile în timp ce aspirația se făcea în bune condiții eliminându-se la început prin sondă secreții purulente, apoi din ce în ce mai fluide, bolnavul declară că simte o ameliorare vădită. Dintre primele simptome care se amendează remarcă că tușește din ce în ce mai puțin, eliminând o cantitate progresiv redusă de spută. Săptămânal s'a schimbat pansamentul și sonda, înlocuirea s'a făcut fără dificultate, prin traectul orificiului creat. După 30 de zile, adică la 1 August, ne-a surprins faptul că nu am mai putut decela radiologic escavația, iar de la această dată sonda prezenta o tendință de eșire.

În zilele următoare s'a eliminat o ușoară secreție, făcându-se un examen bacterioscopic nu am mai putut evidenția bacilii Koch care până atunci, la examinările anterioare erau existenți, starea generală bună, febra, tusea și expectorația erau aproape absente. În cursul nopții de 6 August pacientul observă că l-a eșit sonda.

A doua zi, încercând să l-o reintroducem nu am putut din cauza obstacolului ce l-am obținut cu ocazia manevrel.

În fața acestor situații am procedat imediat la efectuarea unei radiografii și tomografii la aceeași adâncime ca și în prima, — din'naltea intervenției. Pe nici unul din clișee nu am mai putut distinge imaginea cavității. (Fig. 4—5).



Figura 4

Bolnavul e ținut în observație în sanatoriu o lună: în acest timp starea generală, examenul obiectiv (clinic și radiologic) nici o modificare în defavorul său. După părăsirea serviciului am întreprins o corespondență cu acest pacient care și astăzi, după șase luni dela întreruperea tratamentului, declară că se simte foarte bine: va fi ținut în continuare sub observația noastră.

OBSERVAȚIA II.

P. G. în vârstă de 29 de ani a avut până în prezent trei internări în sanatoriu: prezintă un proces cronic de tuberculoză fibrocavitară a lobului superior drept. Starea generală, medlocră, subfebril, tuse și expectorația abundentă, inapetent, a pierdut din nou câteva kilograme în ultimul timp. I s'a încercat de mai multe ori instituirea unui pneumotorax, însă fără rezultat din cauza simfizel pleurale. Ținând seama de starea generală cât și de vechimea leziunii cavitare, nu a putut beneficia de vreo intervenție chirurgicală.

La începutul lunii Iunie 1941 i se institui tratamentul prin drenaj cu care ocazie am constatat că între bronșe și cavernă există o largă comunicare, prezentând oscilații destul de mari, în jurul lui O. Este supus aspirației timp de patru luni, ne reprezentând niciun accident: în acest timp starea generală s'a remontat simțitor tusea și expectorația minimă, a câștigat 3 kilo-



Figura 5

grame la cântar, recâștigându-și pofta de mâncare. În permanență a fost afebril.

Cu ocazia examinărilor radiologice făcute săptămânal nu am putut observa decât o ușoară diminuare a volumului cavității; la finea celor patru luni escavația era micșorată, neputându-se însă net delimita pe clișeul radiografic.

După acest timp, pacientul nemi putând suporta sonda am fost siliți să l-o scoatem. La scurtă vreme după aceasta, lumenul cavernei s'a mărit din nou, urmat de o recădere a stării generale a bolnavului.

Din cele două observații nu putem trage concluzii elocvente, numărul lor fiind prea redus. Totuși, putem să menținem observația că la primul caz unde nu exista o largă comunicare bronhocavitară, prin drenaj numai în 36 de zile s'a putut obține o închidere a escavației.

La al doilea pacient, am obținut în cursul aspirației modificări clinice favorabile nefiind urmate de închiderea cavernei, fapt care se datorește unei largi comunicări dintre bronșe și lumenul cavernei.

Am ținut să prezentăm aceste observații deoarece este o metodă recentă care pare să dea rezultate multumitoare în terapia tuberculozelor cavitare; fiind însă de puțină vreme practică, mai ales la noi, nu putem trage concluzii hotărâtoare.

În prezent, la sanatoriul de boli pulmonare nou înființat în Cernăuți, avem sub observația noastră bolnavi care sunt în cursul aspirației.

SANATORUL MOROENI

RESUMÉ

Le traitement par aspiration endo-cavitaire (Monaldi)

Le traitement par aspiration endo-cavitaire, décrit par Monaldi, est une méthode récente qui présente un vif intérêt dans le monde médical.

Probleme terapeutice

Principii și metode de tratament fizioterapic indicate în îmbolnăvirile aparatului circulator

de

Dr. Eugen Morariu

Cordul este cel mai neobosit organ al corpului a cărui muncă socotită pe durata unei vieți ne duce la date extraordinare. În ce fel poate să-și îndeplinească cordul sarcina aceasta atât de grea nu știm; poate sistemul nervos autonom îl dirijează munca; poate natura fibrelor sale musculare este de așa fel încât timpul scurt al diastolei ajunge pentru a-și recăștiga toată starea potențială de muncă; poate natura chimică a elementelor componente să aibă vreo importanță și în acest sens nu este de neglijat ionul K cu proprietățile sale radioactive (Zwaardemaker). Orice efort prestat de organism își are corespondentul în urcarea muncii cordului; în orice infecție generală a organismului aparatul mai mult angajat în combatere este cordul și aparatul circulator; orice deficiență a organelor vitale — plămân, ficat, rinichi, tiroidă — se repercutează asupra cordului și a vaselor sanghine.

În tratamentul îmbolnăvirilor cardio-vasculare noi nu putem lua în considerare numai organul central ci trebuie să ținem seama — și aceasta mai mult în tratamentul fizioterapic, — de sistemul compus din cordul central și cordul periferic, legate între ele printr'un sistem de vase arteriale și venoase. Defectarea uneia din aceste părți constitutive nu rămâne fără efect asupra celorlalte componente. Afectarea miocardului, a moto-

Les auteurs décrivent deux cas dans lesquels ce traitement a été appliqué; dans le premier, où il n'y avait pas une large communication broncho-cavitaire, on a obtenu la disparition de la cavité pendant 38 jours; dans le deuxième cas il y a eu des améliorations cliniques passagères, seulement pendant la durée de l'aspiration, à cause de la persistance d'une large communication broncho-cavitaire.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Behandlung durch Saugdrainage (Monaldi)

Die Behandlung durch Saugdrainage, von Monaldi beschrieben, ist eine neue Methode, welche ein grosses Interesse in ärztlichen Kreisen hervorruft. Die Verfasser beschreiben zwei behandelte Fälle: erstere mit einer weiten Kaverne in den Bronchien, man erhielt in 38 Tagen die Kavernenschliessung. In zweitem Falle eine vorübergehende klinische Milderung so lange die Aspiration gedauert hat im Folge einer weiten Verbindung Bronchien-kavität.

rul central, se resimte până la periferie și prin examinări de microscopie capilară putem să evidențiem gradul în care suferă și cordul periferic, pe lângă cel central, iar îmbolnăvirea sistemului arterial periferic în arteroscleroză, se repercutează asupra cordului central și după un timp miocardul începe să se resimtă de această influență.

Pentru ca funcțiunea aparatului circulator să se facă în bune condițiuni este nevoie de-o armonie între munca depusă de organul central și rezistența întâmpinată de curentul sanghin la periferie, la nivelul capilarelor, la nivelul unde în mod normal se găsește cea mai mare rezistență. Sistemul capilar prezintă, în comparație cu aorta, un diametru de aproximativ 400 ori mai mare și ori ce cauză care duce la diminuarea calibrului acestor ramificații, are influență asupra tensiunii arteriale pe care o urcă și îngreută munca cordului. În funcțiunea armonică a aparatului cardio-vascular trebuie să se aibă în vedere nu numai rolul cordului, a arterelor și capilarelor, ci și modul în care se face circulațiunea la nivelul venelor, de acțiunea ce au centri nervoși asupra componentelor acestui aparat și de rolul ce revine diferitelor substanțe ca produs al activității unor glande cu secrețiune internă (tiroidă și suprarenală) sau a unor substanțe care pot lua naștere la ni-

velul tegumentului și a țesuturilor sub acțiunea diverselor proceduri fizioterapeutice. Circulația sângelui venos spre cord este facilitată prin presiunea continuă din capilare — vis a tergo — prin aspirațiunea toracică în timpul inspirației și de activitatea musculaturii, care prin contracțiunea sa exercită o presiune de evacuare asupra peretelui lipsit de musculatură a venelor. Volumul cordului și numărul pulsațiilor diferă cu cei doi timpi ai respirației, fiind mai accentuate în inspirație, deci în timpul când ajunge la cord cea mai mare cantitate de sânge spre a fi împinsă la periferie. În mod normal avem o predominanță a centrilor vasoconstrictori din bulb, predominanță care menține tonusul vascular, putând să exagereze în cazuri patologice și să dea fenomene de hipertensiune. Centrul vasoconstrictor este influențat în sens de urcare a excitabilității sale prin impresiuni plecate de la organele senzoriale — auditive, vizuale, tactile, senzitive — urcând tonusul vascular. Din această cauză a influențelor variate care își exercită acțiunea asupra centrului vasoconstrictor găsim mai frecvente hipertensiunile arteriale în mediul urban unde șomotul și viața agitată de toate zilele constituie momente de o capitală importanță pentru ceea ce se cunoaște sub denumirea de domestică, în care, se pare, că trebuie să atribuim un rol important și unul de echilibru general vegetativ. Jocul vascular și tonicitatea este influențată și urcată prin unele substanțe ca adrenalina și simpatina și este diminuată prin histamină și acetilcholină. Este demn de reținut că până când adrenalina este produsul unei glande, celelalte trei substanțe pot să ia naștere la nivelul tegumentului și a țesuturilor sub acțiunea procedurilor fizioterapeutice.

Afecțiunile aparatului cardio-vascular sunt susceptibile nu numai unui tratament medicamentos ci și unei fizioterapii corespunzătoare naturii și gradului de îmbolnăvire.

În schematizarea unui tratament vom ține cont de natura și gradul îmbolnăvirii aparatului circulator, acomodând fie tratamentul fizioterapeutic ca adjuvant celui medicamentos, sau în alte cazuri completând fizioterapia prin chimioterapie.

Spre deosebire însă de chimioterapie care ne pune la dispoziție mijloace cu acțiune rapidă a căror efect se observă imediat sau după puține zile de administrare, fizioterapia acționează pe o durată lungă de timp, după o aplicare de mai multe săptămâni. Incontestabil, că în formele de decompensare vom aplica aproape exclusiv chimioterapia, fiindcă fizioterapia oricare ar fi ea — în afară de comprese și băile parțiale ascendente — constituie o muncă în plus pentru un cord slăbit a cărui muncă trebuie menajată! Din motivul acțiunii de lungă durată indicația terapeutică pentru fizioterapie o vor constitui îmbolnăvirile cardio-vasculare

cronice care mai dispun de o forță de rezervă și n-au nevoie de o remontare momentană ci mai mult de o fortifiere extinsă în timp. Indicăm tratamentul fizioterapeutic pentru mai multe săptămâni fie ca o cură de hidroterapie simplă, fie când aplicăm balneatiunea cu ape carbogazoase sau atunci când prescriem cura de teren a lui Oertel și gimnastica activă sau pasivă urmărind acomodarea cordului și adaptarea aparatului cardio-vascular la eforturi progresiv crescând și la o muncă în plus! Deci domeniul de indicație al fizioterapiei începe atunci când cordul este resuscitat după o suferință sau după o manifestare cu caracter acut și când are nevoie de o fortifiere și reeducare pentru eforturi, fiindcă în acest sens acționează în primul rând mijloacele fizioterapeutice asupra unui cord care mai posedă o rezervă de forță.

Aplicațiunea fizioterapiei în îmbolnăvirile aparatului circulator este de dată destul de recentă, mai ales sub formă de balneatiune și își trage originea de la observațiunile lui Beneke, la sfârșitul secolului trecut, care semnalează ameliorări ale suferințelor cordului prin balneatiunea cu ape minerale. De la această dată observațiunile s-au înmulțit în această direcție, s-au experimentat alte mijloace ca, cura de teren, care de asemenea a fost urmată de rezultate bune și cu încetul au început să fie aplicate diferite proceduri electrice. Până la observațiunile lui Beneke singurele mijloace fizice de tratament admise erau compresele, iar pacientului i se interzicea cu cea mai mare strictețe intrarea într-o baie sau exercitarea vreunei activități musculare mai intense prin care să fie prea mult angajat cordul.

Prin fizioterapie putem să favorizăm munca cordului fie aplicând mijloace care produc vasodilatație periferică și micșorează rezistența la trecerea curentului sanghin, prin aceasta diminuează tensiunea arterială și cruță munca cordului; fie prin proceduri care acționează direct asupra miocardului producând o diminuare a bătăilor cardiace și o alungire a diastolei; fie că în mod direct sau reflectorik putem produce o vasodilatație în coronare și ramificațiile sale, producând o mai bună irigație a musculaturii cardiace și condițiuni mai favorabile pentru nutriție.

Mijloacele fizice indicate în îmbolnăvirile cardio-vasculare le împărțim în proceduri hidroterapeutice, proceduri balneare, proceduri mecanice și electrice.

Vom căuta să enumerăm diferitele proceduri, considerând mai mult pe acelea care sunt utilizate în mod curent în clinica noastră, indicând și tehnica utilizată de noi.

Cele mai simple și mai cruțătoare proceduri de fizioterapie sunt aplicațiunile de comprese sau hidrofore asupra regiunii cordului. Compresele și hidroforele reele se aplică precordial foarte deseori nu numai în afecțiunile propriu zise cardiace ci și în repercusiunile bolilor infecțioase acute sau în turburări endocrine de

iperfuncțiune tiroidiană, exercitate asupra acestui organ. Aplicare sub forma de comprese sau hidrofore reci de 3—4 ori pe zi câte o oră au efect calmant asupra palpitărilor și prin aceasta cruță munca cordului. Dintre îmbolnăvirile de cord dementul lor de indicație îl constituie endocarditele, mai ales în legătură cu reumatismul poliartricular acut, afecțiunile valvulare însoțite de bătăi cardiace ample, tachicardiile bolilor infecțioase acute și palpitările hipertiroizienilor. Aplicațiile reci sunt în general rău suportate în cazuri în care se găsește o afectare mai accentuată a miocardului și în sclerozele vaselor coronariene. În astfel de cazuri ca și în stenocardii și angina de plect aplicăm fie comprese calde sau hidroforul cald, care ca și băile ascendente de mâini acționează vasodilatator asupra vaselor coronariene și calmant asupra durerilor. Hidroforul rece îl putem combina cu împachetarea la trunchi în febră sau cu împachetări complete și treferturi la basebovieni și neurastenici, care vor suporta mai bine, prin această asociație, durata prelungită a procedurii calmante. De comprese reci, în special sub forma de comprese stimulante la pulpi, facem uz în cazuri de turburări circulatorii la membrele inferioare ca varice, sau acrocianoze sau cu scop derivativ în caz de congestii cerebrale și insomnii consecutive, având în acest caz un efect decongestionant asupra vaselor din cutia craniană și efect calmant general.

Băile ascendente de mâini și picioare preconizate de Schwelninger și studiate de Hauße, contează ca mijloc de tratament foarte cruțător în afecțiunile cardio-vasculare, putând să fie aplicate și persoanelor care au trecut recent peste un stadiu de astolie. Ca tehnică, băile ascendente se încep la o temperatură cu puțin peste punctul de indiferență, 36—37° C și prin adăugarea continuă de apă fierbinte le urcăm temperatura treptat la 42—45 și chiar 47° C. Durata lor totală este de 15—20 minute. Efectul acestor băi este rezultanta unei acțiuni fizice, reflectorice și chimice a lor. Prin temperatura lor progresiv crescândă se produce o hiperemie intensă la nivelul de aplicație, se fixează o oarecare cantitate de sânge pentru un timp la nivelul membrilor supuse procedurii și munca cordului este cruțată, având să se contracte un timp, cât ține hiperemia, pe un volum redus de sânge. Prin vasodilatația ce la naștere și rezistența periferică la circulație este diminuată. Paralel cu vasodilatația de la nivelul antebrațelor se produce în mod reflex, în baza legilor lui Hauße o dilatație a coronarelor și o mai bună nutriție a miocardului, o vasodilatație a vaselor rinichilor cu consecința urcării diurezii. Acțiunea lor nu se limitează însă numai la aceste efecte. Ca în orice procedură de tratament însoțită de hiperemia tegumentului sau naștere substanțe cu acțiune vasodilatatoare, analoage histaminei și acetilcholinei, a căror efect nu

rămâne localizat numai la nivelul de producere, ci sunt transportate spre interior și acționează mai ales asupra coronarelor și ramificațiilor acestora, primele acționând mai mult asupra capilarelor, iar cele din grupul al doilea influențând în deosebi arterele și arteriolele. Efectul final al băilor ascendente de mâini și picioare va fi o degajare și o cruțare a muncii cordului și o mai bună irigație și nutriție a miocardului. Ca proceduri de tratament cruțătoare ele se indică în toate afecțiunile cardio-vasculare în care miocardul este debilitat și unde nu avem staze prea accentuate la periferie. Dementul lor principal, mai ales sub forma de băi ascendente la mâini, îl constituie stările stenocardice și angina de plect. De multe ori printr-o simplă baie fierbinte la mâini suntem în măsură de-a cupa un acces de angină pectorală, ca de altfel și prin compresele fierbinți aplicate în regiunea precordiacă. Prin băile ascendente la picioare obținem rezultate foarte bune în claudicațiunile intermitente atât cele organice cât și funcționale. Combinația de băi ascendente la mâini și picioare urmată într-o cură mai lungă, dă rezultate foarte bune și uneori definitive în cazuri de hipertensiune arterială puțin influențată prin medicație.

Fricțiunile parțiale, uscate și umede, contează de asemenea ca proceduri cruțătoare care acționează asupra circulației periferice și influențează prin aceasta asupra celei centrale. Pentru cele uscate ne vom folosi de o perle nu prea aspră, iar cele umede vor fi executate prin fricționarea cu palmele peste un prosop umed și rece care acopere succesiv diferitele regiuni ale corpului. Fricționarea se continuă până când apare reacțiunea, ceea ce se cheamă până când regiunea fricționată dă senzația de căldură celui care execută procedura. Porțiunea de corp desfăcută din prosopul umed se fricționează timp de câteva momente cu un prosop uscat pentru a îndepărta restul de umezeală ce a mai rămas. Fricțiunile sunt manipulațiuni destul de cruțătoare pentru a putea fi aplicate de 3—3 ori pe zi. Pe lângă efectul lor vasodilatator, ele acționează și asupra firisoarelor nervoase din tegument și în mod reflex acționează la distanță. La început fricțiunile se vor face numai asupra extremităților, pentru ca odată cu ameliorarea funcțiunii cardiace să fie extinse în mod progresiv asupra întregului corp. În afară de debilitatea cordului, prin influența favorabilă ce o au asupra elementelor figurate ale sângelui ele se indică, cu rezultate foarte bune, în stări de anemie care acompaniază adeseori îmbolnăvirile aparatului circulator. Aplicare sub formă de fricțiuni umede asupra spatelor și toracelui stimulează respirația și ameliorează schimbările gazoase atât la nivelul pulmonilor cât și periferic la nivelul țesuturilor. Prin ameliorarea respirației se combat stazele de la bazele pulmonare, staze cu care ne întâlnim atât de des în suferințele aparatului circulator.

Aplicațiuni hidroterapeutice cu acțiune mai intensă sunt *băile cu perla* și *băile jumătate* (Halbbad). Băile cu perla acționează asupra circulației periferice și produc o îpărmie accentuată a tegumentului. Pe lângă efectul mecanic al perlatului mai intervine și rolul presiunii hidrostatice, legate de înălțimea nivelului de lichid din baie. La început vom prescrie băi cu un nivel de lichid mai scăzut, de o temperatură indiferentă și de o durată de 3—4 minute, iar cu timpul și paralel cu felul în care sunt suportate vom urca nivelul de lichid din baie, vom scădea temperatura la 33 și chiar 32° C, iar durata o vom putea prelungi până la 5 minute. După o astfel de baie pacienții mai debili se vor odihni culcați pentru $1\frac{1}{2}$ —1 oră, iar cei mai forte vor face plimbări de 20—30 minute pentru a favoriza apariția reacțiunii. După baie tegumentul trebuie să fie complet îpermiat, iar bolnavul să aibă senzația de căldură. Băile cu perla contează ca proceduri destul de blânde fiind foarte bine suportate de toți cardiacii, chiar și de acela cu ușoare fenomene de ipostolie, dacă sunt bine indicate și corect aplicate. Băile jumătate (Halbbad) sunt mai puțin uzitate în afecțiunile aparatului circulator, fiindcă atât prin temperatura lor joasă cât și prin manipulațiunile mecanice care acompaniază executarea procedurii constituie o muncă prea mare pentru un aparat circulator debilitat. Ele să pot totuși aplica în stările bine compensate în care miocardul este în stare de bună funcțiune. Din cauză, că stimulează respirația și peristaltismul, mai ales dacă sunt urmate de turnături reci asupra spatelor sau a abdomenului, combat în măsură apreciazabilă stazele dela bazele pulmonare, combat stările de pleură abdominală și stazele hepatice. Datorită însă manipulațiunilor mecanice care le acompaniază și contrastelor termice reprezentate prin turnături, nu vor putea să fie aplicate la hipertensivi și la cei cu o scleroză mai accentuată a vaselor. Ca tehnică vom lua nivelul de apă de 25—30 cm., temperatura sub 34° C, iar durata totală va fi de 3—5 minute. Contând ca procedură stimulantă, băile jumătate influențează favorabil ipotensiunea arterială, în sensul de urcare.

Dintre procedurile hidroterapeutice mai puțin cunoscute și utilizate, dar foarte eficace în special în turburările circulatorii periferice, trebuie să menționăm *băile alternante de mâini și picioare*, *afuziunile kneippiene* alternante și reci, *plimbatul prin rouă* și *călcatul de apă*. Băile alternante se fac la o diferență de 20—25° C, așa încât apa caldă să aibă 38—42° C, iar cea rece corespunzător mai scăzută. Prin jocul vascular provocat de contrastul de temperatură se favorizează circulațiunea în gambe și în antebrate și se combat stazele sanghine. Ele se indică în îmbolnăviri locale ca acrocianoze, staze în legătură cu varice ale membrilor inferioare sau în spasme ale arteriilor membrilor inferioare manifestate

sub formă de claudicațiuni intermitente. În același fel, dar ceva mai energic acționează afuziunile alternante și reci aplicabile la gambe, la coapse sau la brațe, după cazul dat. Până când însă la cele la membrele inferioare au mai mult efect asupra circulației periferice din teritoriul asupra căruia s'a aplicat, influențând în mică măsură circulația din bazin și cea abdominală, afuziunile la brațe acționează net asupra respirației pe care o rărește și o amplifică și asupra bătăilor cordului pe care le rărește. Plimbatul prin rouă se aplică numai în institute amenajate cu livezi special îngrijite! Ele influențează asupra circulației locale dela nivelul membrilor inferioare și prin legătura consensuală ce există între acestea și cea din cutia craniană, produc descongestionarea creierului. *Dușurile* reci sau scoțiene sunt mai puțin întrebunțate în maladiile cardiovasculare. Aplicare de scurtă durată ca dușuri generale ele pot să acționeze favorabil asupra stărilor de ipotensiune arterială, alternând aplicarea lor cu alte proceduri ca băi reci de scurtă durată sau alte proceduri reci de scurtă durată și însoțite de manipulațiuni mecanice.

De mare atenție se bucură, în terapia cardiovasculară, *băile de bioxid de carbon*. — Ele se pot indica fie în stațiuni balneare cu ape carbogazoase sau pot fi preparate cu băi artificiale în institute de tratament sau la domiciliu prin împregnarea fizică a gazului în apa de baie sau în mod chimic dintr'un hidrocarbonat și un acid oarecare. — Incontestabil, că tratamentul urmat într'o stațiune balneară îi revine un rol cu mult mai mare decât celui urmat printr'o cură de băi artificiale atât din cauza condițiilor generale în care se află pacientul într'o stațiune de cură cât și din cauza caracterului însăși a apei minerale, care conține gazul în cantitate mai mare și împregnat, prin presiunea mare din interiorul solului, sub forma de bule extrem de fine. — Dealtă parte în apa minerală se mai găsesc și combinațiuni labile de hidrocarbonați din care se degajă gazul în formă născândă, deci foarte activ. În stațiune revine și regimulul igienico-dietetic și ansamblulul de împrejurări între care se găsește bolnavul un rol important în tratament. Pacientul fiind complet în afara sferei sale de ocupațiuni poate să-și consacre tot timpul și întreaga atențiune numai tratamentului, poate să ducă o viață mai regulată, lipsită de emoții și agitații și să se odihnească cât mai mult, atât după baie cât și după mesele principale și în restul zilei.

Bala de acid carbonic reprezintă pentru cord o muncă în plus cu 25—30% față de starea de repaus complet. — De aceea ele nu se vor indica decât acolo unde miocardul și starea funcțională a vaselor este într'o astfel de situație încât să se poată adapta acestei munci în plus, care dealtfel variază cu temperatura băii, dacă este mai aproape sau mai îndepărtată de

punctul de indiferență, cu felul băii, dacă este completă, parțială sau locală numai la extremități, și cu gradul mineralizării apei de baie, cu conținutul de săruri care să poată da o mai mare greutate specifică apei și să aibă o presiune hidrostatică mai mare. Băile cu contrast mic de temperatură sunt cruțătoare asupra cordului, iar cele ipotermice au mai mult un efect tonizant. — După intrarea într-o baie ipotermă, se produce în primul moment o vasoconstricție periferică și paralel o urcare ușoară a tensiunii arteriale, pentru ca după câteva minute presiunea sângină mai ales la hipertonic, să înceapă să scadă și ca această scădere să mai continue un oarecare timp și după încetarea băii. De această urcare inițială de tensiune trebuie să ținem seama când avem în tratament hipertensiuni foarte accentuate sau când ne găsim în fața unor scleroze arteriale avansate, putând să ne expunem pacienții la accidente foarte neplăcute. În astfel de cazuri vom prefera să prescriem băi parțiale pentru a sustrage pacientul acțiunii presiunii hidrostatice, iar temperatura o vom doza la punctul de indiferență sau cu $1-2^{\circ}$ peste acest punct. — Băile carbogazoase ipotermice cu un conținut mai mare în CO_2 ar influența stările de ipotensiune arterială, urcând, după observațiile lui P. Noël Dêchamps, tensiunea. Le putem deci indica cu rezultate bune în astfel de stări.

Mecanismul de acțiune a băilor carbogazoase este foarte complicat și stă în legătură, în primul loc, cu modificările circulației periferice, care influențează apoi munca cordului și tensiunea arterială. Fenomenul cel mai evident este iperemia tegumentului, care apare progresiv în baia de bioxid de carbon, este net delimitată numai asupra regiunii supuse acțiunii gazului și durează un oarecare timp și după încetarea băii. Prin această iperemie se fixează la periferie o anumită cantitate de sânge care la parte în mai mică măsură la circulație, menajând munca cordului; dar vasodilatația periferică micșorează rezistența la trecerea curentului sângin, un alt motiv de cruțare a muncii cordului. Cu dispariția progresivă a iperemiei, după încetarea băii, sângele care a fost reținut vremelnice la nivelul tegumentului și la periferie intră să la parte la circulație în mod progresiv și în cantitate din ce în ce mai mare. Volumul de contracțiune a cordului va trebui să se adapteze progresiv unei munci în plus și prin aceasta băile de bioxid de carbon constituiesc un mijloc de educație, de antrenament, pentru cord, în afară de rolul de cruțare pe care l-am amintit. Bioxidul de carbon este reținut vremelnice la nivelul tegumentului și dă naștere la acest loc la „reacțiuni biologice intracutane” (Groedel), prin care se stimulează activitatea de glandă cu secrețiune internă a tegumentului, acționând, după Prof. Sturza, în mod analog ca și razele ultraviolete, care de asemenea știm, că influențează

favorabil activitatea tuturor funcțiilor tegumentului. Din baia de bioxid de carbon se rezoarbe gazul atât prin tegument (Filehne, Wintermütz, Dalmady, Groedel), cât și prin inhalație, întru cât concentrația acestui gaz este mult mai mare deasupra apei de baie și în cabina de baie decât în aerul obișnuit, atmosferic. Plusul de acid carbonic excită centrul respirator, se produce respirații de amplitudine mai mare, circulația venoasă este facilitată spre cavitatea toracică, iar prin mișcările de amplitudine mai mare ale diafragmului sunt favorabil influențate stările de staze și pleură abdominală. Cu ameliorarea circulației abdominale se influențează în sens de urcare diureza, se influențează și se combat stazele pulmonare și hepatice și se favorizează evacuarea intestinului.

Băile de acid carbonic sunt indicate în toate îmbolnăvirile aparatului circulator, dacă ne găsim peste stadiul de iposistolie și edeme.

Ținând seama că pot fi aplicate și sub formă de băi parțiale sau locale, domeniul contraindicațiilor va fi foarte restrâns și se va limita la stările de asistolie, la anevrismul aortei, la afecțiuni grave ale valvulelor aortice și la debilitatea foarte accentuată a miocardului, care nu poate să suporte niciun efort decât starea de repaos complet. În regulă generală, la început indicăm numai băi de jumătate sau locale la antebrate și gambe, la o temperatură de $34-35^{\circ}\text{C}$ și de o durată scurtă de 5—6 minute. Cu acomodarea cordului la tratament facem băi treisferturi sau complete, scădem temperatura la 33 și chiar 31°C , iar durata o putem prelungi la 10—12 minute. Într-o cură se prescriu de obicei 18—22 băi de acid carbonic acomodând însă de fiecare dată tratamentul după fiecare caz și intercalând zile de repaus.

Bioxidul de carbon mai poate fi aplicat, în special în îmbolnăvirile circulatorii periferice și sub formă de băi gazoase. Aceste băi gazoase se aplică în dulpuri speciale (Cobet și Parade) în care gazul este încălzit și se menține tot timpul aplicațiunii la o temperatură constantă. În maladia lui Reynaud, în acrocianozele consecutive congelățiilor, în arterite și endarterite rezultatele sunt mulțumitoare, uneori ameliorând suficient circulația periferică pentru a putea renunța la intervențiile chirurgicale. Chiar în endarteritele diabetice pot fi aplicate cu rezultate mulțumitoare și pot fi aplicate cu titlu de încercare înainte de amputație. Rezultate foarte bune se obțin prin aceste băi gazoase în variceleacompanate de ulcere varicoase. În astfel de cazuri se aplică ulcerului mai întâi un duș de aburi și imediat urmează baia de gaz bioxid de carbon, care va acționa pe o durată de 15—20 minute. Prin căldura reprezentată prin dușul de aburi se obține o iperemie, o eliminare a părților mortificate dela nivelul plăgii, iar bioxidul de carbon ar avea un rol de sti-

mulare a proceselor de granulație, care poate apoi să fie stimulată și mai mult prin alte mijloace fizice, ca de exemplu raze ultraviolete.

Efecte asemănătoare celor produse de bioxidul de carbon, dar mai crușătoare putem obține prin *băile de oxigen și de aer comprimat*. Modul de preparare și de indicare se aseamănă și se suprapun băilor de acid carbonic. Iperemia rezultată este însă incomparabil mai puțin accentuată, fiindcă aici lipsește componenta chimică, acționând numai cea mecanică și fizică. Băile de oxigen și aer comprimat se indică de obicei înainte de a începe o cură de băi de bioxid de carbon pentru a obișnui pacientul cu presiunea hidrostatică, cu componenta termică a băii și cu efectul ușor mecanic pe care îl produce degajarea acestor gaze în baie, fixarea lor pe tegument și excitarea terminațiilor tactile și termice din tegument.

Dintre procedurile cu caracter mai mult mecanic indicate în tratamentul bolilor cardiovasculare amintim *gimnastica respiratorie, masajul și cura de teren a lui Oertel*. *Gimnastica respiratorie* se recomandă de 3—4 ori pe zi în ședințe de 5—6 minute, la început pacientul va fi culcat mai târziu șezând sau în picioare. Respirația va fi de tip toracic superior și abdominală, profundă, dând o deosebită importanță expirației, care se va face prin gură și va fi cât mai prelungită. Tratamentul prin gimnastică respiratorie se pretează foarte bine hipertoniile esențiale, la care găsim turburări mecanice, chimice, umorale și vasomotorii, caracterizând pacienții labili vasomotori, care reacționează la cea mai mică emoție prin modificări ale valorilor tensiunii arteriale. Toți acești hipertoniici au o respirație superficială, cu schimburi gazoase diminuate la nivelul pulmonilor, având nevoie de a fi educați cum să respire. Din cauza schimburilor gazoase defectuoase ale hipertonicilor, legate de respirația superficială și oxigenarea insuficientă, centri vasoconstrictori sunt menținuți într-o stare de excitație, producând un tonus ridicat în sistemul arterial și în același timp se produce o diminuare a excitabilității centrului respirator. Se face deci un cerc vicios în care sunt prinși centrul vasoconstrictor și centrul respirator (Tirala). Prin ameliorarea respirației facilităm cursul sângelui venos spre cord, facilităm oxigenarea la nivelul pulmonului și facilităm eliminarea de bioxid de carbon care rețenționat în cantitate mărită influențează centrul vasoconstrictor și urcă tensiunea arterială.

Masajul are de scop influențarea tulburărilor circulatorii și a stazelor consecutive, favorizând scurgerea sângelui venos spre cord. Dar în afară de acest rol mecanic, prin masaj condițiile de irigație și nutriție ale sistemului muscular se face mai bine și se produce o mai bună capilarizare. Când tratăm staze în legătură cu urmări ale flebitelor sau la cei cu varice nu e nevoie să fim atât de precauți ca și atunci când

avem de influențat staze periferice la cardiaci în stadiu de iposistolie. În astfel de cazuri mobilizarea unei cantități mai mare de lichid din țesuturi poate constitui un efort prea mare pentru un cord debilitat; de aceea masajul se face cu mare prudență și nu prea energic. Ca gimnastică activă foarte utilă pentru antrenarea și educarea cordului trebuie să socotim *cura de teren a lui Oertel*, care este astăzi mai puțin utilizată dar reprezintă un mijloc foarte bun pentru acomodarea cordului la o muncă progresiv crescândă. Se începe cu plimbări, de câteva ori pe zi, pe pantă ușoară de 5°, pentru a trece progresiv la pante cu înclinare mai mare de 1—15°, iar când capacitatea de adaptare a cordului va fi suficient de înaintată se vor indica plimbări pe pante cu 20° înclinare. Pe lângă dozarea ritmului mișcărilor musculare, se va da o atenție deosebită și ritmului respirator, care va trebui să rămână de aceeași frecvență ca la începutul plimbării. Cura de teren ne dă rezultate foarte bune în urmările suferinței miocardului. Ea va fi contraindicată în suferințele miocardice imediat după bolile infecto-contagioase acute, în sclerozele coronariene și după infarctul miocardic, la anevrismul aortei și la hipertensiuni pronunțate legate de o scleroză renală avansată.

Curentul electric își găsește indicație sub toate formele sale în îmbolnăvirile aparatului circulator fie central sau periferic, depinzând de felul curentului și de natura îmbolnăvirii. În primul rând, în turburările circulatorii periferice acționează favorabil *curentul galvanic*, având acțiune tonizantă asupra musculaturii din pereții vaselor și produce vasodilatație nu numai superficială-tegumentară la nivelul de aplicație a electrozilor ci și în profunzime la nivelul vaselor de un calibru mai mare. Vasodilatația este produsă de însăși curentul galvanic, fără să intervină componenta calorică ca în alte proceduri fizioterapeutice sau în acțiunea curenților de înaltă frecvență. Vom indica curentul galvanic în tulburări circulatorii periferice ca akrocianoze, maladia lui Raynaud, endarterite obliterante și turburări circulatorii periferice consecutive congelățiilor. În afecțiunea aceasta din urmă curentul galvanic alături de hidroterapie și radiumterapie ne dă cele mai bune rezultate ce s-au putut obține până în prezent. Aplicăm de preferință curentul galvanic în formă de băi bi sau patru celare, la temperatură ceva peste punctul de indiferență, de o durată de 10—15 minute și o intensitate de 20—30—40 mA. În afecțiunea vaselor, mai ales la membrele inferioare, endarterite, putem încerca lontofoarea cu histamină obținând în unele cazuri rezultate multumitoare. Băile patru celare acționează și asupra aparatului circulator general, influențând tensiunea arterială atât în stările de ipotensiune în sens de urcare, cât și în hipertensiuni în sens de scădere, mai ales în hipertensiunile funcționale, la care nu vine în consti-

derare vreo componentă renală. Prin băile patrucelare galvanice se observă (Leimdörfer) ameliorarea curbei electrocardiografice în cazul când curentul are direcție caudal. De aceea se recomandă conexarea vaselor dela brațe cu polul pozitiv pentru a avea sensul mai eficace a curentului galvanic.

Ca un tonizant prețios al aparatului circulator trebuie să considerăm *curentul faradic*, fie că-l aplicăm local sub forma de masaj, fie că îl aplicăm ca băi faradice parțiale sau generale, fie că îl utilizăm mai mult ca gimnastică generală cu aparatul lui Bergonié. Prin contracțiunile produse în întreaga musculatură sau în regiuni izolate, membre superioare sau inferioare, facilităm circulațiunea venoasă și tonizăm musculatura pereților vaselor. Aplicațiunea curentului faradic ne dă rezultate bune în îmbolnăvirile venelor, ca stări tardive după flebite și în dilatațiile venoase care caracterizează varicele membrelor inferioare. Acțiunea favorabilă se exercită atât asupra pereților venelor, cât și asupra musculaturei striate din jur, care prin contracțiunile sale favorizează evacuarea conținutului sângelui stagnant spre circulațiunea generală. De asemenea se tonizează și valvulele venoase, atât pe cât e posibil, iar prin ameliorarea circulațiunii locale dela nivelul membrelor inferioare se combat stările de edeme maleolare cu care ne întâlnim atât de des în varice. Și băile faradice, ca și cele galvanice, influențează favorabil tensiunea arterială în sens de urcare în hipertensiuni și în sens de scădere în ipotensiuni. În îmbolnăvirile cordului indicăm curentul faradic în miocardite nu prea grave, în cordul obezilor și chiar la defecte valvulare dacă nu se găsesc în stadiu de proastă compensare. Aplicațiunea curentului galvanic și faradic nu se face izolat ci în combinație și alternând cu alte metode de tratament fizioterapeutic ca hidroterapie sau băi de bioxid de carbon.

Curenții de înaltă frecvență a lui d'Arsonwall de asemenea constituiesc factori terapeutici importanți pe care să-l putem indica în îmbolnăviri cardiovasculare. Încărcarea generală a organismului cu electricitate de înaltă tensiune și mică intensitate are ca urmare influențarea în primul loc a sistemului nervos și în special a celui vegetativ. Rezultate bune se pot obține, mai ales în aplicațiuni sub forma de solenoid mare, în turburările funcționale ale cordului, în turburări circulatorii periferice, în hipertensiunile funcționale sau ale etapilor critice, în migrene și dureri de cap ce stau în legătură cu turburări circulatorii craniene. În fenomenele consecutive sclerozelor vaselor cerebrale rezultatele vor fi puțin favorabile și ceea ce se obține are mai mult caracterul unui tratament sugestiv. Aplicațiunile locale sub forma de efluvii sau fulgurații dau rezultate bune în akrocianoze și turburări circulatorii locale consecutive congestiilor. În același grup de mijloace

electrice de înaltă frecvență socotim *diatermia* și *undele scurte*. Amândouă se aplică atât în îmbolnăviri ale corpului cât și în turburări circulatorii periferice. În angina de piept diatermia dă de multe ori rezultate mulțumitoare bazate fără îndoială pe efectul vasodilatator asupra coronarelor. De asemenea unele manifestațiuni cardiace de natură funcțională reacționează bine la tratamentul prin diatermie. Ședințele vor fi în regulă generală de durată scurtă, 6—10 minute și de intensitate mică, sub 1 Amp. la o mărime a plăcilor corespunzătoare regiunii precardiace. Sunt unele cazuri de stenocardii și angine pectorale care rămân refractare tratamentului deși aplicațiunea diatermiei se face în modul cel mai rațional; în astfel de cazuri este preferabil să renunțăm la un tratament care nu ne mulțumește decât să persistăm în mod inutil la obținerea unui rezultat. Ameliorările ce se obțin prin diatermie în turburări circulatorii periferice ca akrocianoze, Raynaud, claudicațiuni intermitente, endarterite obliterante, stări tardive după flebite, urmări trofice după ulcere varicoase, se bazează în ultima analiză pe acțiunea vasodilatatoare a acestui agent de tratament. Resturile postflebitice se pretează bine la tratamentul prin diatermie, care are avantajul de a putea fi aplicată înaintea altor metode termoterapeutice și mult înainte de a începe masajul regiunii. În afecțiunea arterelor periferice se vor indica ședințe scurte și de mică intensitate, pentru a nu da naștere la spasme prin care atât durerile cât și turburările circulatorii ar deveni mai accentuate. În astfel de cazuri este preferabil ca diatermia să se aplice longitudinal, din cauza, că într-o astfel de aplicațiune cea mai mare parte din căldura produsă trece de-a-lungul vaselor sanghine, producând dilatația lor. Laquer și Kowarchk recomandă în stări de hipertensiune arterială diatermia generală și deși nu se observă totdeauna influențarea valorilor tensiunii, se înaltează favorabil o serie de fenomene subiective neplăcute ca cefalee, insomnia, senzațiile de amețeală și vââiturile de urechi. Cazurile de hipertensiune cu scleroza accentuată a vaselor necesită mai multă prudență în aplicarea diatermiei, trebuind să fie lăsată în grija celor cu experiență mai vastă în acest domeniu.

Domeniul de indicație al undelor scurte este același ca și al diatermiei cu deosebirea, că obținem o penetrațiune în profunzime mai uniformă și putem face într-o oarecare măsură, abstracție de căldură, ceea ce nu putem la diatermie. Capacitatea de penetrațiune în profunzime știm, că este în raport invers față de lungimea de undă, de aceea vom alege, după profunzimea la care dorim să localizăm efectul principal, unde de o lungime mai mare sau mai mică. Undele scurte au avantajul față de diatermie, că pot fi aplicate sub forma de câmp de inducție, fie local asupra unei porțiuni de corp, sau a întregului organism mai ales în

stările de hipertensiuni arteriale. În turburări circulatorii periferice și în caz de ulcere crurale sunt de preferat aplicațiile longitudinale de unde scurte, sau aplicațiile în câmp de inducție, putând să acționăm la distanță de tegument, ceea ce nu poate să fie cazul cu diatermia.

Fototerapia se aplică sub forma de iradieri locale cu lampa Kandem, sau cu sollux și quarz. În afecțiunile stenocardice și angine pectorale obişnuim iradierea pereților toracici în patru câmpuri, fie cu lampa Kandem, fie ca o combinație de sollux și quarz până la apariția eritemului. Prin ambele aceste proceduri se produce o hiperemie intensă la locul de aplicație care durează 2—3 zile, urmată, ca în combustunile ușoare, de descumări epidermice. Influențarea favorabilă a acestor stări stă în legătură cu producerea de substanțe analoge histaminei și acetilcholinei, care dau naștere la nivelul de iradiere și care acționează asupra vaselor coronariene, dilatându-le și favorizând nutriția miocardului. În turburări circulatorii periferice acționează favorabil iradierile locale de lumină albastră, aceasta având mai mult efect vasodilatator asupra capilarelor superficiale decât o acțiune profundă, care este legată mai ales de efectul caloric al razelor roșii și infra roșii, care acționează mai profund.

Tot între mijloacele fizice de tratament socotim **inhalarea unui aer încărcat** cu electricitate unipolar, preconizat ca tratament și aplicat cu rezultate multumitoare în unele îmbolnăviri de cord de către Stassburger, Dessauer și Happel. Instalația este simplă și ne dă posibilitatea de a face o încărcare unilaterală pozitivă sau negativă. Încărcările negative l-ar reveni, după autorii de mai sus, efecte favorabile asupra tensiunii arteriale urcate, care poate să scadă în unele cazuri. Chiar și în cazurile în care valorile urcate ale tensiunii rămân prea puțin influențate, ceea ce dispare constant sub turburările subiective manifestate sub forma de migrenă, insomnii și senzații de amețală. Încărcarea pozitivă n'are aproape niciun efect asupra maladiilor cardio-vasculare, de aceea se întrebunțează mai puțin. Ținând seamă de influența climatelor asupra aparatului circulator, s'au construit **camere climatice**, în care pe lângă o ionizare corespunzătoare diferitelor altitudini se mai găsesc și celelalte componente ale climatului ca presiune barometrică, temperatură și referințe de iradiere luminoasă. Tratamentul în astfel de camere dă rezultate multumitoare în afecțiunile cardiace secundare ca cele legate de un Basedow și în turburările cardiace legate de emfizemul pulmonar. Cu toate

rezultatele multumitoare ce s'au obținut prin aceste camere climatice ele n'au intrat în uzul curent din cauza costului lor destul de ridicat pentru instalare și întreținere. Ceva mai mult și de timp mai îndelungat sunt în uz **camerile pneumatice** sau **aparatele izolate de respirat**. Deși camerile pneumatice își au domeniul principal de indicație în îmbolnăvirile ale aparatului respirator, ele pot influența favorabil și îmbolnăvirile ale cordului, care stau în legătură cu suferința pulmonară, mai ales cu emfizemul. Amândând respirația, acționăm în același timp și asupra muncii cordului.

În fine mai rămâne să amintim **băile radioactive** și **inhalarea de emanație de radium** ca mijloace fizice de tratament. Acțiunea acestor mijloace se resimte atât asupra aparatului central, cât și asupra vaselor periferice. În cazurile de miocardite, emanația de radium dă rezultate bune probabil prin influența ce o are asupra sistemului nervos autonom a acestui organ și poate să mai aibă și o influență directă asupra fibrei miocardului. Vasele sunt de asemenea bine influențate în stările de arterioscleroză, în akrocianoze, teleangiectazii și turburări circulatorii după congelatii. Influența favorabilă s'ar mai putea face și în mod indirect prin sistemul endocrin, știind că radioactivitatea are acțiuni stimulante asupra glandelor cu secreție internă.

Bibliografie

1. V. Alexenco și E. Alexenco. Tratamentul hipertensiunii arteriale după procedeul lui P. Martini. (Mișc. med. rom. XIV. Nr. 3—4, 1941).
2. Benecke. Zur Therapie des Gelenkrheumatismus und der mit ihm verbundenen Herzkrankheiten. (Berlin 1872).
3. P. Noël Deschamps. La cure thermale carbo-gazeuse en therapeutique cardio-vasculaire. (Paris 1932).
4. Q. Dornblüth. Moderne Therapie. (Leipzig 1906).
5. J. Grober. Physikalische Therapie. (Jena 1934).
6. Fr. Grödel. Die physikalische Therapie der Herz und Zirkulationsstörungen. (Berlin 1925).
7. W. Holzer. Physikalische Medizin in Diagnostik und Therapie. (Wien 1940).
8. H. Lampert. Physikalische Therapie. (Dresden-Leipzig 1938).
9. A. Laqueur und J. Kowarschik. Die Praxis der physikalischen Therapie. (Wien 1937).
10. Th. Schott. Physikalische Behandlung der chronischen Herzkrankheiten. (Berlin 1916).
11. H. G. Scholtz. Die physikalische Behandlung innerer Krankheiten. (Berlin-Wien 1935).
12. H. G. Scholtz. Physikalisch-diätetische Therapie. (Leipzig 1940).
13. M. Sturza. Cours elementar de Balneologie. (Cluj 1933).
14. L. Tirala. Heilung der Blutdruckkrankheit durch Atemübungen. (Frankfurt/Main 1935).

Probleme terapeutice

Tratamentul cu vitamina C în bolile infecțioase acute

de

Conf. Dr. I. Gavrilă

Deja dela descoperirea vitaminelor s'a atribuit acestor substanțe un rol în apărarea organismului contra infecțiilor. S'a constatat în cercetări experimentale că animalele supuse unor regimuri lipsite de vitamine rezistă mai puțin infecțiilor intercurrente. S'a observat această diminuare a rezistenței față de infecții în lipsa vitaminelor C și A, de aceea acestea au fost numite și *vitamine antiinfecțioase*. Rolul antiinfecțios al acestor vitamine probabil să se explice prin o intensificare sub influența lor a formării anticorpilor și a acțiunii bactericide a sângelui.

În bolile infecțioase există o consumare exagerată de vitamine, în special determinările vitaminei C în sânge și în urină au arătat o scădere a acestora în organism. Pe de altă parte s'a observat că o saturare a organismului cu vitamină C are o influență favorabilă asupra evoluției bolilor infecțioase. Mărirea aportului în vitamină C în organism se poate face pe de o parte administrând un regim bogat în această substanță, pe de altă parte prin administrarea de preparate pure de vitamină C.

Aplicarea terapeutică a vitaminei C a luat un avânt deosebit mai ales de când ea a fost izolată în stare pură și de când s'a reușit de a fi produsă pe cale sintetică.

Vitamina C (acidul ascorbic) este aplicată astăzi pe o scară foarte întinsă în patologii, în special în domeniul bolilor infecțioase acute și cronice.

Nevola zilnică minimă normală în vitamina C este următoarea: la suga cu 3 mg acid ascorbic cristalizat, la adult 50 mg.

Vitamina C și-a găsit aplicarea practică cu rezultat favorabil în următoarele boli infecțioase acute:

Pneumonie. În pneumonie există un deficit însemnat de vitamină C, care după părerea celor mai mulți autori cu siguranță joacă un rol important în patogenia și evoluția acestei boli. Unii autori (Szent-Györgyi-Kötschau) chiar susțin că fără un deficit important de vitamină C pneumonia nu se produce.

Faptele care pledează în favorul unui efect favorabil al tratamentului cu vitamină C în pneumonie sunt următoarele: Este experiența veche, care arată influența favorabilă a sucurilor de fructe, bogate în vitamină C în pneumonie și în toate plezile. Cercetările experimentale la animale au demonstrat că în cazuri de avitaminoză cronică mai des se produc pneumonii la aceste animale, decât scorbut. Cercetările au constatat un oarecare paralelism între mortalitatea prin

pneumonie și perioadele anotimpurilor caracterizate prin ipovitaminoză C. Într'adevăr cercetările au demonstrat în general o ipovitaminoză C din Oct. până în Mai, când și mortalitatea pneumonică este mai mare. Mortalitatea datorită pneumoniei este mai mare la bătrân, la care și ipovitaminoza C este mai exprimată.

Asfel că vitamina C joacă un rol important în terapia pneumoniei pe lângă tratamentul de până acum. (I. Gander, W. Niederberger, Schroeder, Stepp, Kühnau, Paulsen, Harde, Sterle, Kroehnert, Vogel, Bessau, Hochwald, Sanche, etc.). Unii autori susțin că vitamina administrată în doze masive la începutul pneumoniei ar fi capabilă să producă o oprire și o defervescență bruscă a bolii sau cel puțin să facă mai ușoară evoluția ulterioară a bolii, eventual să-l reducă durata. În orice caz se produce o ameliorare a stării generale și a simptomelor pulmonare sub acțiunea acestei vitaminoterapii.

Imediat după fixarea diagnosticului de pneumonie administrăm, pe lângă medicația urmată în această boală, zilnic, pe cale intramusculară sau intravenoasă 200—300 mg de acid ascorbic până la producerea defervescenței. Unii autori recomandă doze cu mult mai mari 1000—1500 mg pe zi. Preparatul în parte se poate da și pe cale bucală. În special este bine de a se asocia vitamina C cu calciu intramuscular.

Înainte de intervenții chirurgicale pentru prevenirea complicațiilor pulmonare se poate administra vitamina C, fie sub formă de acid ascorbic pe cale bucală și injecții, fie sub formă de sucuri de fructe din abundență.

Difteria. Tratamentul difteriei maligne câteodată dă rezultate nesigure, adesea se înregistrează insuccese terapeutice în aceste cazuri pe lângă toată seroterapia antidifterică masivă și precocă. De aceea s'a încercat a se asocia seroterapiei specifice multe medicamente, care să amelioreze rezultatele terapeutice. Între aceste medicamente un rol important îl joacă vitamina C.

Într'adevăr în difterie și mai ales în formele ei maligne, există un deficit constant în această vitamină. Pe de altă parte în toate difteriile maligne se constată modificări importante în glanda suprarenală, există apoi raporturi strânse între vitamina C și aceste modificări din glandele suprarenale, conținutul în vitamină C a glandelor suprarenale în aceste cazuri scade foarte mult. Mai departe unele cercetări au pus în evidență că acidul ascorbic împiedică dezvoltarea bacililor difterici,

după cum in vitro în soluție acidă ar produce o neutralizare a toxinei difterice.

Din toate aceste motive aplicarea vitaminei C este foarte indicată în difterie, mai ales în difteria malignă. Se va administra în aceste cazuri dela începutul bolii vitamina C, asociată seroterapiei specifice, în doză de 400—600 mg pe zi sub formă de injecții și pe cale orală, până se produce o ameliorare în starea bolnavului. Vitamina se administrează aici împreună cu preparate de cortico-suprarenală.

Febra tifoidă. În cursul febrei tifoide încă se constată o scădere importantă a vitaminei C, deci administrarea acestei vitamine este foarte indicată pe lângă celalalt tratament igienic-dietetic și medicamentos. Administrăm la acești bolnavi dela începutul bolii și în tot decursul ei, precum și în timpul convalescenței preparate de vitamina C, în cantitate de 200—500 mg pe zi, uneori și mai mult după gravitatea cazului. Se poate aplica pe cale bucală în cazurile mai ușoare de boală, pe când în cele grave vom recurge la calea parenterală.

Asociind vitaminoterapia C la tratamentul obișnuit al febrei tifoide se pare că boala evoluează mai ușor.

În cazuri de hemoragii intestinale totdeauna asociem vitamina C la tratamentul uzual al acestei complicații așa de grave.

Rezultate asemănătoare de favorabile dă vitaminoterapia C și în tratamentul *dizenteriei*.

Bolile eruptive. Dintre bolile eruptive în prezent la noi *scarlatina* este cea mai importantă. Formele grave ale acestei boli totdeauna sunt foarte greu de influențat. În aceste cazuri totdeauna facem o vitaminoterapie C intensivă, pe lângă celalalt tratament al bolii, cu acțiune favorabilă asupra evoluției bolii. Administrăm dela începutul bolii 300—1000 mg acid ascorbic pe zi după gravitatea cazului, de obicei pe cale intramusculară, în cazuri mai ușoare pe cale bucală.

Aplicăm vitamina C și în complicațiile produse de scarlatină, în special în nefrita postscarlatinoasă, cu rezultat foarte favorabil. În această complicație noi totdeauna dăm, pe lângă celalalt tratament, 200—500 mg acid ascorbic pe zi sub formă de injecții. Administrăm vitamina C în nefritele acute și de altă origine.

Administrăm această vitamină și în celelalte boli eruptive, în special în *rugeolă*, unde ar putea avea și un efect preventiv în ce privește complicațiile pulmonare, destul de dese în această boală.

S'au obținut rezultate favorabile cu acid ascorbic în tratamentul *zonei zoster* și a *herpesului* (Dainow).

În aceste cazuri s'a administrat câte 100 mg acid ascorbic pe zi pe cale intravenoasă 2—4 zile consecutive, în unele cazuri s'a aplicat numai pe cale bucală. Sub influența acestui tratament erupția herpetică sau zosteriformă a dispărut, în 2—4 zile bolnavul vindecându-se complet.

Tratamentul *tusei convulsive* încă beneficiază de tratamentul cu vitamina C. Întrădevar administrarea pe cale bucală sau sub formă de injecții de acid ascorbic (200—400 mg pe zi) are o influență foarte bună asupra acceselor de tuse convulsivă, le rărește, le face mai suportabile și scurtează evoluția bolii. Este posibil că în aceste cazuri vitaminoterapia C să contribuie și la evitarea complicațiilor pulmonare.

O aplicare cu acțiune favorabilă își găsește vitamina C și în cazurile de *gripă*. În cazurile de gripă simplă asociind la tratamentul antigripal obișnuit și injecțiile cu acid ascorbic (300—900 mg) în primele 1—3 zile de boală, se obține o vindecare mai rapidă și eventual evitarea complicațiilor pulmonare.

Mai departe în toate celelalte stări infecțioase acute, febrile (erizipel, meningită cerebro-spinală ep., poliomielite, amigdalite, septicemii, etc.) vitaminoterapia C asociată tratamentul de bază al bolii respective, poate avea o acțiune favorabilă în vindecare. De aceea în toate aceste cazuri aplicăm tratamentul cu acid ascorbic sub formă de injecții și pe cale bucală, în doză de 200—1000 mg pe zi, în tot timpul perioadelor febrile a bolii respective.

În rezumat vitamina C este de mare utilitate în tratamentul tuturor bolilor infecțioase acute, atașată tratamentul obișnuit a fiecărei din aceste boli. Vom administra vitamina cât mai la începutul bolii, apoi tot timpul perioadelor febrile după cum se poate continua administrarea și în timpul convalescenței până la refacerea completă a individului.

Administrarea acestei vitamine o facem într-o măsură însemnată sub forma naturală dând bolnavului un regim bogat în această vitamină (sucuri de fructe, etc.). Însă în cazurile de boală deficitul nu poate fi înlocuit numai cu vitaminele din alimentație și atunci recurgem la preparatele sintetice de vitamină C (acidul ascorbic). Vom aplica acidul ascorbic în cazurile mai ușoare de boală și în timpul convalescenței sub formă de tablete pe cale bucală, în cazurile mai grave recurgem la calea parenterală (subcutanată, intramusculară, intravenoasă). Dozele sunt variabile după boală și gravitatea cazului, în general între 100—1000 mg pe zi.

Medicină de războiu

Considerațiuni asupra organizării și funcționării Ambulanței Divizionare

Dr. Eugen Adam
asistent

de

și Dr. Crișan Mircioiu
preparator

Revenirea asupra unui subiect, după seria de articole, care s'au ocupat de el în timpul din urmă, ar părea exagerată, dacă n'ar fi pornit dela convingerea că activitatea propriu zisă într-o ambulanță, pe lângă cea impusă de Regulamentul Serviciului Sanitar în Campanie, este fructul a o serie de concepții personale; o mai bună funcționare a unei ambulanțe față de alta, nu este în funcție numai de principiile generale conducătoare ci mai ales de organizarea amănuntelor, care sunt consecința firească a ingeniozității, spiritului de organizare, experienței, cunoștințelor medicale și perseverenței, în primul rând al șefilor de Ambulanță și apoi al personalului subaltern.

Expunerea concepțiilor personale ca și a experienței câștigate prin tratarea mai multor mii de răniți, dela cât mai multe ambulanțe, ar putea duce organele competente la concluzii folositoare, privind organizarea și funcționarea Ambulanței Divizionare. În sfârșit, expunerea în cadrul unei societăți medicale științifice a subiectului enunțat, va ridica în mod firesc discuții asupra problemelor de organizare și de ordin medical din care nu poate rezulta decât apropierea de cele mai bune soluții pentru problemele date.

Despre organizarea și funcționarea unei ambulanțe divizionare, în timp de campanie s'ar putea scrie o carte. Este natural deci ca în intervalul de timp scurt care ne este rezervat pentru această comunicare, să alegem numai un număr foarte redus de probleme pe care să le expunem aici.

Instalarea unei Ambulanțe. O bună funcționare a unei Ambulanțe divizionare atârână de instalarea sa. Aceasta prezintă două laturi: una depinde de posibilitățile pe care le oferă terenul și a doua de completările pe care le desăvârșește spiritul de inițiativă și inventivitate a omului.

În ceea ce privește terenul, prima grijă este găsirea unui local cât mai propice. Posibilitatea de întrebuințare a diferitelor localuri în ordinea preferinței în general ar fi următoarea: spitale, azile de copii, de bătrâni, etc., hotelurile, mănăstiri, cazărmi, școli, fabrici, castele, biserici, săli de petreceri, șuri, case țărănești, pivniți, corturi și în sfârșit cerul liber. Acest tablou este subordonat condițiilor de ordin tactic ca și de integritatea și posibilitățile de funcționare pe care le oferă

clădirea. Din punct de vedere tactic, clădirea trebuie să respecte legea camuflajului, ușurința abordării, ca și cea a aprovizionării. În războiul actual, crucea roșie, în multe cazuri, în loc să fie semn de protecție, a constituit o țintă pentru dușmani. Deci în situația de a alege între mai multe clădiri date, se va alege aceea care face fond comun cu restul clădirilor. Din acest punct de vedere corturile de ambulanță s'au dovedit foarte improprie, atât din cauza culorii cât și a volumului lor mare. Ar fi de preferat corturi mici și mai multe care ar prezenta în acest fel o țintă mai dispareată și ar putea fi instalate pe orice teren, (păduri, locuri virane, miriști, etc.).

Pentru ca să fie ușor abordabilă Ambulanța divizionară trebuie să se găsească pe un drum carosabil pe orice timp, iar circulația vehiculelor din fața sau din curtea ambulanței să nu fie stânjenită de multiplele manevre necesare unei întoarceri dificile.

Ușurința în aprovizionare presupune o sursă de apă potabilă, cantonamentul și bucătăria în imediată apropiere.

Cât privește integritatea și posibilitatea de funcționare pe care le oferă clădirea, bine înțeles vom trece peste tabloul de mai sus și vom alege o clădire de categorie inferioară în dauna altei clădiri mai propice, dar deteriorate.

La alegerea localului se va ține cont și de dispoziția interioară. Anume: clădirea să aibă o cameră spațioasă și luminoasă, pe cât posibil cu două intrări, care va fi destinată pentru sala de pansamente; pe lângă aceasta să mai aibă un minimum de trei camere: una mai mare pentru trupă răniți, o cameră pentru ofițeri răniți și o încăpere mică pentru sterilizare. Dacă dispozitivul nu se poate realiza într-o singură clădire, se vor alege două apropiate. Se va avea grijă ca să se poată circula printre și în camere, cu targă. Bine înțeles vom da preferință camerelor podite; când nu găsim decât camere cu pământ pe jos, vom aplica scânduri cel puțin în sala de pansamente. Este natural ca pe timp rece și mai ales iarna să ne preocupe în alegerea localului și posibilitățile de încălzire ca un factor primordial.

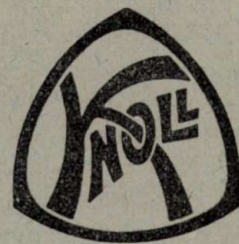
În campania actuală, în Basarabia și Transnistria, condițiile de instalare pe lângă că erau desavantajoase,



La tuse intensă

Cardiazol-Dicodid- picături

Flacoane à 10 gr.



Dozare: sugari primesc de 2-3 ori pe zi 1-5 picături; copii mai mari de 3 ori pe zi 5-10 picături; adulți de 2-3 ori pe zi 15-20 picături.

KNOLL A.-G., Fabrici chimice, LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, București 3.

Uricedina

in tratamentul bolilor de nutriție cum sunt: Guta,
reumatismul, sciatica, boli de rinichi, afecțiunile
vezicii urinare, boli ale ficatului și ale căilor biliare,
atonie intestinală, obezitate.

Reprezentantă:
Loew & Co. S. A.
Sibiu

J. E. Stroschein, Chemische Fabrik K. G.
Berlin SO 36

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

în camere pt. două persoane dela RM 9

în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Backmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmeler**
Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnhof Seebrugg (Deutschland)

cereau totdeauna un efort considerabil pentru a putea lucra cât de cât în condițiuni igienice. De aceea în momentul instalării, pe cât posibil, ar fi de dorit să se ia următoarele măsuri de igienă. Spălarea podelelor cu petrol și văruirea localului. Văruirea cu Vermorelul este mult mai expeditivă și ambulanța ar trebui să fie totdeauna prevăzută cu o cantitate minimă de var. Desinfecția localului se face prin formolizare tot cu aparatul Vermorel. Ea se impune imperios când ambulanța se instalează într'un local care a servit tot scopurilor sanitare de războiu. Este curios faptul că în timpul funcționării noastre la ambulanță, am observat singurele cazuri de gangrenă gazoasă acolo unde ambulanța a funcționat în localuri care serviseră și inamicului pentru tratamentul răniților. Pe de altă parte, formolizarea s'a dovedit foarte eficace și pentru combaterea insectelor, în special muștele.

Higiena mai impune o atenție deosebită asupra construirii imediate a closetelor de campanie, care nu trebuie să se mărginească la unul singur, ci la mai multe și mai presus de toate să fie adânci, întreținute și dezinfectate zilnic. Numeroasele cazuri de disenterie ivite, au dovedit importanța acestui deziderat.

Transportul și transportabilitatea răniților. Sunt în deobște cunoscute din articolele publicate anterior, ca și din circularele Serviciului Sanitar al Armatei, ordinea după gradul de urgență, în evacuarea răniților. Această ordine servește ca regulă generală, ea însă poate suferi modificări în raport cu împrejurările în care funcționează ambulanța. Urgența presupune evacuare sau intervenție imediată. Intervenția chirurgicală la ambulanță nu poate intra în discuție ca o conduită generală. După Fölsch ea depinde de următorii factori: a) Necesitatea imediată a operației, natura intervenției și șansele ei de reușită, b) timpul disponibil și timpul necesar pentru intervenție, c) situația luptei, d) pregătirea chirurgicală a medicului, e) amplasamentul și instalația ambulanței, f) distanța și drumul dela ambulanță la formațiunea sanitară imediat dinapoi. S'a văzut din alte dări de seamă că o ambulanță divizionară a putut fi în situația să facă și intervenții abdominale; de cele mai deseori însă, afluența mare a răniților la ambulanță, limitează activitatea chirurgicală situând pe primul plan al importanței, organizarea unei cât mai bune și mai rapide evacuări a răniților.

În altă ordine de idei, în cadrul evacuărilor de urgență, plăgile toraco-pulmonare se găsesc în rândul al treilea imediat după răniții cu garou și abdominali. Ori, după părerea noastră, răniții cu plăgi pulmonare care au ajuns până la ambulanță, beneficiază mai mult de un repaus de câteva ore sau chiar o zi, decât de o evacuare imediată în condițiunile de transport pe care ni le oferă în general, drumurile mizerabile din Rusia și suspensiunea insuficientă a mijloacelor de eva-

cuare. Întradevăr concluziile actuale recomandă pentru plăgile toraco-pulmonare, un tratament conservator care se poate aplica și în ambulanță. Am observat numeroase cazuri, unde răniți pleuro-pulmonari sosiți în ambulanță cu o stare generală rea și un puls filiform, după un repaus de câteva ore și un tratament medicamentos general cardiotonic, analeptic, hemostatic și calmant, s'au remontat într'un mod surprinzător, putând să suporte în condițiuni excelente drumul până la spital, drum care în caz de evacuare imediată, ar fi putut fi chiar ucigător. De asemenea, experiența personală ne-a arătat, că dintre plăgile părților moi, situate pe ultimul plan de urgență, plăgilor feselor trebuie să li se dea o preferință în evacuare, din cauza infecțiilor grave și chiar a gangrenei gazoase care se poate desvolta la nivelul lor.

Activitatea chirurgicală în ambulanță. Am amintit mai sus condițiunile de care depinde posibilitatea de a face intervenții chirurgicale în ambulanță. Oricare ar fi aceste condițiuni, există totuși anumite intervențiuni care trebuiesc rezolvate, vieța rănitului depinzând de ele. Aceste intervențiuni sunt în primul rând: *Hemostaza și Tracheotomia.* Amputațiile în ambulanță se impun la sfârșămări mari de membru, atunci când o hemostază prin legătură duce în mod fatal la necroză ischemică a membrului și natural în caz de gangrenă gazoasă, în care credem că serul nu mai poate ajuta.

În ceea ce privește transfuzia de sânge, nu avem o experiență personală, am putut însă să ne dăm seama de necesitatea absolută a unui serviciu de transfuzie cât mai bine organizat, în cadrul unei ambulanțe. Unii autori așează printre intervențiile de primă urgență și cistostomia. În condițiunile de operabilitate dată ca și al timpulul de care dispun medicii, credem că în locul cistostomiei, atunci când ea se impune, o puncție evacuatoare a vezicii cu trimiterea imediată a rănitului la spital, rezolvă în mod avantajos problema.

Tratamentul chirurgical al plăgilor, în cadrul ambulanței divizionare nu este încă definitiv rezolvat, pentru că regulile clasice actuale al acestui tratament se bat cap în cap cu posibilitățile reale pe care le oferă o ambulanță în plină activitate. Autorii moderni înțeleg prin tratamentul chirurgical al unei plăgi, debridarea ei largă, extracția corpurilor străini, excizia până în țesutul sănătos a tuturor straturilor dela piele până la capetele retractate ale mușchilor secționați, depistarea tuturor traectelor cu deschiderea pungilor de retenție și un drenaj cât mai meticulos al plăgii, uneori chiar prin contraincizie. E dela sine înțeles că asemenea manopere complicate necesită un timp mai îndelungat și mai adesea o anestezie generală bună. Ori, în medie generală, socotind cu ceasul în mână, pentru cele patru mese pe care le-ar avea ambulanța cu secțiile reunite, nu se poate acorda pentru tratamentul

unui rănit mai mult de 10 minute. De fapt ambulanțele divizionare, deoarece răniții sosesc în general sub limita de 6 ore, — ar fi chemate să rezolve clasic chirurgical plăgile. Organizarea actuală a Serviciului Sanitar, după cum am văzut din datele de mai sus, ar pune pe medicii ei în situația de a face un tratament chirurgical incomplet care va trebui completat iarăși sub narcoză, în spitalele de campanie, fie să trateze complet numai câțiva răniți în dauna celorlalți. În consecință, tratamentul chirurgical al plăgilor în ambulanțe divizionare, din experiența căpătată, nu poate consta din mai mult decât din curățirea, bărbieritul și desinfecția în jurul plăgilor, extracția corpurilor străini vizibili și excizia părților moi mortificate. Adică tot ceea ce se poate face cu o mică anestezie locală, sau chiar fără anestezie și totuși fără durere.

Din cele expuse până aci se vede că nu poate fi vorba de trasarea unei conduite unice în ceea ce

privește funcționarea unei Ambulanțe divizionare. Dela a nu acorda mai mult de 10 minute unui rănit până la intervențiile craniene și abdominale, se oferă toată gama de activitate chirurgicală. Inzestrarea actuală a unei ambulanțe, cu mici completări, permite să se facă orice intervenție chirurgicală, dacă condițiunile strategice și de instalare sunt favorabile.

Dacă prezența unui chirurg calificat este binevenită în cadrul unei ambulanțe, noi credem că locul acestora este la Spitalele de campanie. Intradevăr, condițiunile de operabilitate la ambulanțe sunt rare și dacă se ivesc, sau sunt create, atunci ambulanței i se pot împrumuta chirurghi calificați dela Spitalele de campanie. În felul acesta se poate mări numărul intervențiilor în timp util, medicii răspunzând, prin salvarea și mai multor vieți, la chemarea patriei și a științei.

CLINICA CHIRURGICALĂ DIN CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. Al. Pop

Medicină preventivă

Cauzele mortalității infantile în România

de

Dr. Ghe. Gh. Vasilache

medic de circumscripție Dorna Candrenilor

I

Problema mortalității infantile în România este aproape un mit. Am putea-o numi „o enigmă”, sau una din problemele puse omenirii ca: „rezolvarea quadraturii cercului, sau rezolvirea problemei perpetuii mobil”.

Este subiectul de sugesție despre care s'a scris cel mai mult și despre care se va scrie mereu. Este problema cea cu mai multe date și mai multe propunerii făcute, fără ca nici până astăzi să se poată rezolvi parțial numai unele din ele.

Oricine se avântă în domeniul acestui subiect din sfera necunoscutului, s'ar părea la început că își face un titlu de glorie, însă, după ce își adună toate datele și toate propunerile făcute până la dânsul, va constata că nu a făcut nimic nou, decât că la acele cunoscute până la acea dată, a mai înșirat un lanț de date și fapte mai noi și mai concludente, fără însă a avea pretenția de rezolvare, sau, dacă s'ar putea rezolva, nu stă în putința celui, care atacă această problemă, din motivul că nu are posibilitatea realizării practice.

De aceea, când mi-am propus să tratez asemenea subiect, pentru a-l desvolta mi-am zis: „Ce noutăți aș putea aduce în acest domeniu”?

Problema aceasta o știam că este cea mai arzătoare pentru noi medicii de Circumscripție, care suntem aproape vlnovați de orice moarte dela zero la un an.

Totuși, după toate datele ce le-am avut la îndemână și cu puțină experiență în zece ani de observațiuni continue asupra acestei probleme din circumscripția ce o conduc, am constatat că deși această chestiune, care este la ordinea zilei și care este capitală pentru menținerea nației române, ca o documentare istorico-științifice, ea nu prezintă un aspect așa de dezastruos pentru noi, dacă analizăm această problemă sub trei aspecte și anume:

1. Din punctul de vedere Biologic.
2. Din punctul de vedere Geofizic.
3. Din punctul de vedere Geo-politico-național.

S'ar părea că aceasta împărțire nu ar avea niciun rost, însă, după ce vom arăta prin documentare asupra acestui subiect în decursul dezvoltării se va putea vedea perfectă dreptate a calculului asupra cauzalităților, care au determinat, determină și vor determina efectele atât de dezastruoase ale mortalității infantile din România.

Din punct de vedere Biologic

Una din condițiunile principale pentru dezvoltarea, întreținerea și crearea unei ființe precum și a unei rase omenești este factorul biologic.

După cum trebuie să știm seama în dezvoltarea unei colectivități omenești, asupra căreia lucrează acest factor principal a-l creării omenirii.

Factorul biologic lucrează direct asupra creerii vieții prin 3 posibilități:

1. Una internă, cu acțiune directă asupra ființei din faza embrionară, prin toate elementele funcționale ale naturii materne, ce le determină funcționarea factorilor ce acționează asupra glandelor endocrine, numită acțiunea glandelor endogene sau endohormoni.

2. Exormonii sau exogenii, principiul acțiunilor vitaminelor asupra iritabilității funcționale a endohormonilor, demonstrată în mod amănunțit.

3. Acțiune mixtă, care are o acțiune de menținere a echilibrului hormonal și funcțional în centru de viață al creerii.

Acțiunea vitaminelor și a glandelor cu secrețiune internă lucrează direct dela efect la cauză și invers, după cum vom vedea pe rând rolul vitaminelor și endocrinelor.

Așa acțiunea precisă a vitaminelor dă un raport de stabilitate vitală și după cum acest raport lucrează direct sau indirect asupra glandelor funcționale ca să mențină un echilibru vital, numit *coeficient de dezvoltare* normal, când lucrează asupra embrionului în proporția egală dintre secreția hormonală și acțiunea vitaminelor, acest coeficient se cere să nu fie în plus sau minus și care la rândul său nu trebuie să fie mai mare sau mai mic decât unitatea (1), numită „Unitatea de dezvoltare normală”.

Acest coeficient în timpul vieții embrionare, foetale și apoi în timpul vieții extra foetale, poate fi sdruncinat și din care cauză se produc următoarele acțiuni discordante în echilibrul glandelor cu secreție internă și acțiunea vitaminelor. Aceste cauze, care sdruncină numita unitate normală sunt:

Maladii cronice cu tulburări grave ca:

- a) Sifilisul în toate fazele;
- b) Tuberculoza de orice fel;
- c) Alcoolismul în faza de cronicitate;
- d) Maladiile infecțioase de lungă durată;
- e) Malaria în faza cronică;
- f) Carența alimentară (pelagra).

Acestea acționează chiar din momentul gestației mamel, contribuind la ruperea acestui echilibru al influențelor asupra ființei foetale. Toate acestea vor influențaoul din momentul creerii, încât va da naștere acelui mare cortegiu de debilități congenitale, de mortalități și, de ființe teratologice, mărind într'un chip îngrozitor procentajul mortalității infantile și care prezintă de asemenea, o mare îngrijorare pentru neamul nostru.

Tot aici, ar fi de adăugat regiunile gusogene din țară, care dau de asemenea o mortalitate infantilă destul de ridicată, contribuind de asemenea la mărirea procentajului mortalității.

Tulburările de alimentație caracterizate prin lipsa alimentelor substanțiale în conținutul vitaminelor, care dau următoarele afecțiuni:

- a) Rachitismul cu toate formele lui;
- b) Scorbutul;
- c) Pelagra;
- d) Stările de debilități și anemii.

Toate acestea contribuiesc la formarea unui cortegiu impozant al mortalității infantile, însă și aici, trebuie să ținem seama de acest fapt biologic, care are o importanță deosebită asupra claselor sociale, din mediul *Urban* și mediul *Rural*. Aceasta o putem vedea din datele statistice în care se pot vedea deslușit procentajele mortalității și mortalității în mediul Urban și cel Rural. Acest fenomen se explică prin aceea că în mediul Urban, fiind națiuni cu un coeficient de rezistență vitală foarte mult scăzut, căci fiecare națiune, își are indicele său vital, față de elementul etnic românesc și, care este mult mai scăzut, decât cel al neamului românesc, de aceea și mortalitatea infantilă în centrele mari orașenești, unde populația este cosmopolită avem și procentajul mortalității și mortalității foarte mult crescut după cum avem de exemplu: Județul Rădăuți cu o populație eterogenă foarte variată, apoi Cernăuți, Chișinău, Constanța, București și cel mai caracteristic Aradul și Județul Timiș Torontal, care este un adevărat cimitir național, precum sunt și orașele cu o populație caracteristic unei rase în decadență (degenerare) pe care o întâlnim în orașele Târgul Frumos, Mihaleni, Iași, Dorohol, Bălți, Roman, Fălticeni, etc. etc.

Deci rezistența biologică a unei națiuni este direct în raport cu gradul său de vitalitate pe care acea națiune o ține în originea sa consagunară.

Dar și acest coeficient de rezistență biologică este în funcție de răspândirea aceleia națiuni pe cuprinsul țării în care trăiește.

La noi în România populația din regiunea muntoasă, are un coeficient de vitalitate biologică mai ridicat, decât populația din regiunea deluroasă, iar aceasta din urmă, mai rezistent, decât populația din regiunea de șes și aceasta mai crescut, decât cel din regiunea de pustă. La noi în România se poate vedea de ajuns de bine, dacă cercetăm datele statistice pe Inspectoratele sanitare, găsim că în Inspectoratul Iași mortalitatea este în creștere, dând procentul cel mai ridicat al mortalității după care urmează Inspectoratul Constanța și apoi cel al Sibiului.

Vedem că chiar în sânul aceluiași popor coeficientul de rezistență vitală biologică variază în raport cu așezarea sa geografică pe cuprinsul țării.

Din punctul de vedere Geofizic.

S'ar părea că nu ar avea niciun rol în mortalitatea infantilă acest factor fizic al naturii, însă dacă

ținem seama de așezarea noastră geografică, vedem că țara noastră prezintă trei stări climatologice și anume:

1. Regiunea muntoasă care cuprinde regiunile de o parte și de alta a lanțului Carpaților și al Munților Apuseni.

2. Regiunea deluroasă și Subcarpatină care se întinde din regiunea poalelor Carpaților și până la limita Câmpiilor din sudul Basarabel, Munteniei și Banatului.

3. Regiunea maritimă care cuprinde sudul Basarabel și Dobrogea.

În regiunea muntoasă, clima fiind mai constantă și ferită de atâtea curenți și variații în temperatură, copiii noi născuți și mamele, nu vor fi expuse acestor variațiuni ale temperaturii, care dau cel mai mare procent de afecțiuni pulmonare.

De asemenea și starea hidrometrică joacă un rol destul de important în viața mamei și pruncului în primul an al copilăriei, căci umiditatea determină de cele mai multe ori mortalitatea infantilă în regiunea muntoasă, însă găsim coeficientul de rezistență biologic cel mai ridicat, atât la mamă cât și la noul născut. De aceea procentajul mortalității infantile este mult mai scăzut în regiunea muntoasă.

Pe când în clima din regiunea deluroasă, fiind atât de variată temperatura și neconstantă și expusă mereu curenților de variații înalte, populația este expusă continuu acestor variațiuni fizice, care din nenorocire pentru noii născuți, până ce capătă adaptarea la această condițiune de viață, marea majoritate plătesc cu însăși viața lor și, așa se explică, de ce regiunile cuprinse în aceste variații climatologice dau procentajul cel mai ridicat al mortalității infantile cum arată statisticele din Inspectoratele Iași, Chișinău, Sibiu, Craiova.

În ceea ce privește clima maritimă, ea este continuu expusă variațiilor brusce ale temperaturii, vara având căldurile caniculare și iarna gerurile foarte aspre cu friguri aproape siberiene, mergând până la 38° de la un plus de 35° până la 40°. De asemenea atmosfera fiind mereu umezită cu ioni de Iod, Clor, Sodiu, etc., într'un procentaj destul de mare, numai bine nu poate să se simtă noul născut și mama până la expulzarea fătului, de aceea în această climă mortalitatea infantilă este foarte mult crescută. Deci în concluzie vedem că și clima joacă un rol capital în acest concurs de împrejurări al mortalității infantile.

Din punctul de vedere Geo-Político-Național

Aceasta este partea cea mai interesantă și cea mai mult studiată de toți acei, care au încercat să studieze această problemă de ordin național și care din toate dezideratele propuse, foarte puține s'au realizat, însă cel mai sigur este că nu s'a făcut mai nimic, după cum, de altfel vom și vedea. Să încercăm să vedem, care sunt cauzele geo-economico-sociale în ordinea lor

cronologică și care contribuiesc în mod direct asupra cauzalității problemei de față.

Însă toate aceste cauze, trebuie să fie repartizate în raport cu așezarea geografică a populației urbane și rurale de pe teritoriul României, căci numai așa vom putea vedea diferența dintre cele 4 zone în câte am împărțit teritoriul României și procentajul mării al mortalității.

În ordinea cronologică ele ar fi următoarele:

1. Starea economică a populației rurale.
2. Starea economică a populației urbane.
3. Gradul de analfabetism în ambele medii în-
trunite.
4. Vârsta părinților când se căsătoresc.
5. Gradul de rubedenie ale soților.
6. Neglijența copiilor născuți.
7. Viața mamelor din fabrici și ateliere.
8. Educația tinerelor mame înainte de căsătorie.
9. Numărul membrilor în familie.
10. Supraaglomerarea locuințelor.

De ordin sanitar:

1. Starea sănătății mamei înainte de căsătorie.
2. Starea sănătății soțului.
3. Starea sănătății mamei în timpul sarcinii.
4. Numărul sarcinilor.
5. Nașterea.
6. Asistența medicală.
7. Îngrijirea post-partum.
8. Îngrijirea și alimentarea copilului.
9. Igiena familială și îngrijirea copilului.

Toate acestea contribuiesc în mod vădit la mărirea procentajului mortalității și mortalității.

Cauza economică și socială a populației din mediul rural

Starea economică a populației influențează în cea mai mare măsură procentul mortalității, atât din punctul de vedere al mizeriei, cât și din punctul de vedere al traiului prea bun, deși acest din urmă punct ar avea un non sens, însă așa este. Această stare economică este diferită la sate de cea de la orașe, iar la sate este diferită după așezarea geografică, pe când la orașe diferă după cum sunt situate ca centre, fie municipii, capitale de județ sau simple centre comerciale de schimb. Să analizăm fiecare punct pe rând:

La sate

A) Regiunea de munte

Femeia de la munte este mult mai puțin muncită ca femeia de la regiunea deluroasă și mult mai puțin decât femeia din regiunea de șes, care este cu drept cuvânt, o adevărată roabă a pământului și sclavă a familiei. Femeia de la munte muncește foarte puțin, mai

cu seamă vara în timpul făcutului fânului, pe când restul anului depune numai munca în casă, mulsul vacilor, țesutul puțin și încolo cusutul pentru o cămașă de lux. Ea este mult mai bine hrănită, mai bine îmbrăcată și mult mai bine îngrijită, afară de unele regiuni muntoase cu mizerii din alte cauze, cum ar fi regiunea munților Apuseni.

Deci cauza procentajului mortalității infantile o găsim în alte cauze, pe care le vom vedea mai jos și anume: starea morală, gradul de rubedenie, analfabetismul etc.

Ar rezulta după cum este viața acestei femei, ca mortalitatea infantilă să fie mult mai scăzută, însă sunt celelalte cauze care trebuiesc stăruite.

B) Regiunea deluroasă

În această regiune femeile sunt mai muncite fiind întrebuințate la munca câmpului și mai cu seamă acolo unde regiunile viticole și pomicultură, munca fizică este mult mai oboseitoare, așa că în urma acestor eforturi depuse continuu, coeficientul de rezistență a mamelor în faza de gestație este foarte mult scăzut, de asemenea și o plagă destul de răspândită în pătura rurală este alcoolismul, care distruge aproape complet starea sănătății, starea materială și starea morală și apoi analfabetismul și după aceea neglijența le îndepărtează de la obligațiile de mamă.

C) Regiunea de șes

Aici, femeia este complet extenuată de munca câmpului ce o depune în timpul anului. Primăvara din luna Martie și până la sfârșitul lunii Octombrie, depune o muncă continuă și fără răgaz. Coeficientul de robustețe este foarte scăzut și pe lângă toate acestea și lipsa unei alimentații bogate în substanțe hrănitoare, bogate în vitamine și hidrocarburi, contribuie și mai mult la anemierea și debilitarea organismului matern. Femeile de la munte sunt mult mai bine alimentate prin faptul că hrana lor de căpetenie constă din produse lactate, foarte bogate în grăsimi cu conținut bogat în vitamine și hidrocarburi.

Apoi, ca o insuficiență a alimentațiilor obișnuite ale populației rurale, care și așa este într-un debit de subnutriție, mai urmează și una din cele mai grele sarcini pe capul bietului țaran român și anume „Posturile”. Cu toate că ar părea ca ceva copilăresc sau poate anticreștinesc, dar, dacă ținem socoteală că din 52 săptămâni câte are anul și, dacă împărțim pe zile de post obișnuite cum sunt zilele de Luni, Miercuri și Vineri avem deodată 156 de zile pe an fără carne și lapte etc. A mai rămas 209 zile din care avem:

Postul Crăciunului, Postul Sf. Paști, Postul Sf. Petru, Postul Sf. Marii, care mai ia un număr de 180 zile fără grăsimi.

Ce mai rămâne țăranului să mănânce în decurs de 365 zile dintr-un an și mai cu seamă cu ce își alimentează foetul mama în timpul vieții embrionare și apoi în restul vieții până la etatea de 5 ani?

Ea este aproape tot timpul în completă stare de inanție latentă de natură religioasă și apoi forțată de lipsa de alimente.

Posturile, dacă ar fi făcute bogate în alimente consistente, nu ar fi nimic, însă în general, poporul duce posturile cu borșuri de fasole sau cartofi, varză acru, oțet de cânepă sau sâmbure de dovleac, însă hrana de bază, o constituie mămăliga și cartoful. Cu asemenea alimentație nu este de mirare de ce în regiunea de șes procentajul mortalității este înspălmântător.

D) Locuințele

Pe lângă toate acestea, vin ca un corolar de tristă realitate, locuințele, care în marea lor majoritate sunt neigienice, cu o singură încăpere, unele, fără podele pe jos, fără posibilitate de aerisire etc.

Ceea ce este însă mai dezastruos, sunt locuințele de la șes, care par aproape tipice prin asemănare cu locuințele palustre din viața primitivă a omului. Făcute din lut, cu ferestrele cât pumnul, cu vatra în mijlocul casei, având o singură încăpere și alăturarea imediat grajdului de vite și acoperite cu stuf sau paie. Cât se poate de insalubre și ca o nenorocire reală, pentru viața țăranului de la șes.

(Continuare în numărul următor).

Congrese medicale

Dare de seamă asupra Congresului de Chirurgie de Războiu ținut la Iași în Februarie (21—23) 1942

de

Dr. Ioan Prăgoiu

Congresul de chirurgie de războiu dela Iași a avut de scop discutarea și sintetizarea metodelor chirurgicale aplicate în prima parte a campaniei noastre din răsărit și fixarea unei conduite unitare optime pentru partea a doua a campaniei.

În vederea realizării acestui scop, au fost prezentate o serie de rapoarte de către cel mai versatil Maestru al chirurgiei românești.

Subiectele tratate au fost alese cu o deosebită grijă de către un comitet compus din elita medicală a Iașilor.

Iașulul i-a revenit cinstea de a fi ales ca loc de ținere a congresului deoarece el a suferit mai mult pe urma acestui războiu și în același timp el a constituit poarta de evacuare și ospitalizare a majorității răniților din prima parte a campaniei noastre din răsărit.

Rapoartele prezentate la Congres au fost completate în mod armonios de multiple comunicări ținute de chirurgi distinși, cari au expus rezultatele obținute atât în zona de operațiuni cât și în spitalele de zonă interloară.

Pe bază de experiență, rapoartele și comunicările au prezentat și multiple sugestii în ce privește organizarea și dotarea diferitelor eșaloane sanitare în campania din viitor.

Datorită în deosebi prezenței la acest Congres a d-lui Prof. Dr. Tomescu Ministrul Sănătății și a d-lui Colonel Dr. Capitanovici, Directorul General al Serviciului Sanitar al Armatei, multe dintre sugestiile bune, își vor găsi o aplicare efectivă în partea a doua a campaniei.

O să facem scurte considerațiuni de sinteză asupra rapoartelor prezentate la acest Congres. Subiectele tratate au fost la fel de importante și din această cauză le vom expune în ordinea cronologică a prezentării lor la sesiunile congresului.

Trebue să adăugăm că toate rapoartele au fost supuse unor ample discuțiuni care au fost animate tot timpul de un înalt spirit academic.

Primul raport prezentat a fost „Transfuzia în timp de războiu”. Subiect de mare actualitate a fost expus cu toată competența de către d-l Prof. Dr. I. Nicolau. D-sa preconizează crearea mai multor centre de transfuzie încadrate de specialiști consacrați. D-sa admite că transfuzia directă dela om la om, este metoda cea

mai bună în timpuri normale, însă preferă transfuzia cu sânge conservat, care se poate face la fel ca o simplă injecție intravenoasă. Este adevărat că sângele conservat se poate întrebuința numai 15 zile dela recoltare, însă după aceasta se poate întrebuința în scop terapeutic sub forma de injecții intramusculare. Din discuțiile ample angajate, rezultă că ambele metode dau rezultate bune. Este firesc că organizarea centrelor de recoltare ale sângelui conservat fiind destul de grea, se va recurge la transfuzia directă dela om la om cu siringa specială Dr. Marin Popescu care s'a dovedit a fi una din cele mai perfecte aparate de transfuzie. Să se prefere transfuzia dela individ din același grup sanguin și numai în lipsa lui să se recurgă la donator universal. Ideal ar fi să se determine din timp grupele sanguine tuturor soldaților, sau cel puțin soldaților din formațiunile sanitare, pentru a-l avea la dispoziție în caz de nevoie. Tehnica transfuziei este un lucru pe care trebuie să-l știe fiecare medic, indiferent de specialitatea ce o are.

Raportul d-lui Prof. Dr. Hortolomei despre „Tratamentul plăgilor vesico-urinare” constituie un document prețios de felul cum trebuie să ne comportăm în fața unei plăgi vesico-urinare. Cistostomia pentru derivarea urinei trebuie să fie executată cât mai urgent pentru a se evita grave complicații infecțioase. Sondele „à demeure” trebuiesc aplicate cu mare băgare de seamă, deoarece ele pot da naștere de asemenea la complicații grave.

Problema „Hemoragiilor secundare” susținută de către d-l Prof. Dr. Cosăcescu, interesează în deosebi Spitalele de zonă interloară. Aceste hemoragii secundare sunt rezultatul proceselor de necrobioză și infecțiuni a țesuturilor paravasculare. În aceste cazuri trebuie să intervenim în mod energic prin ligaturi vasculare și transfuzii pentru a putea salva viața.

Una dintre problemele care au stârnit un deosebit interes printre participanții congresului a fost raportul bine documentat al d-lui Prof. Dr. Iacobovici și Dr. Petroșanu despre: „Plăgile penetrante de războiu ale toracelui”. În cadrul acestui raport găsim consemnată experiența din războiul de întregire și rezultatele primei părți a războiului nostru sfânt, înbinat într'un complex armonic din care trebuie să se inspire orice chirurg care este chemat să practice chirurgia toracică pe câmpul de operațiuni. Pentru salvarea

unul rănii toracic, imobilizarea și închiderea imediată a unui pneumotorace deschis, se impune ca un imperativ. La transportul răniților pulmonari cu avionul trebuie să ținem seamă de anumite condițiuni atmosferice. Altitudinea mai mare de 500 m. poate să producă complicațiuni prin desechilibrul dintre presiunea intratoracică și presiunea externă. Dacă totuși suntem nevoiți să facem transportul la o altitudine mai mare, răniții trebuie să fie prevăzuți cu aparate speciale care să mențină acest echilibru.

D-l Prof. Dr. Buțureanu în raportul d-sale „*Tratamentul fracturilor diafizare*” expune metodele cele mai moderne care ne stau la dispoziție pentru vindecarea cât mai bună a acestor fracturi. Tratamentul rațional al acestor cazuri reduce la minimum invaliditățile, care din nenorocire le găsim încă destul de frecvente în acest gen de fracturi. Crearea de centre de fracturați dotate cu personal specializat în acest domeniu și cu material necesar, ar reduce de asemenea în mod simțitor numărul invalidizilor din această categorie de răniți. Evacuarea fracturaților ar trebui să se facă direct la aceste spitale, pentru ca în felul acesta să se aplice cât mai urgent posibil tratamentul definitiv.

Tetanosul, care în războiul mondial era atât de răspândit, în actualul război a fost redus la câteva cazuri izolate, datorită faptului că majoritatea contingentelor au fost vaccinate. D-l Prof. Dr. Ciucă în concluziile d-sale asupra *tetanosului* fixează conduita ce trebuie să o urmărim în cazurile de răniți. D-sa împarte răniții în trei categorii: în prima categorie intră cei care au fost vaccinați complet (trei injecții de anatoxină tetanică; la aceștia se administrează numai 2 c. c. anatoxină pentru redobândirea imunității; a doua categorie cuprinde pe cei care nu au fost vaccinați, la aceștia se administrează anatoxină tetanică și ser antitetanic (3000 unități); a treia categorie cuprinde pe răniții cu tetanos declarat, la care se administrează anatoxină tetanică și doze masive de ser antitetanic (300.000 unități și 10.000—40.000 u. intrarachidian). Pe lângă administrarea de anatoxină tetanică și ser antitetanic trebuie să facem și o curățire minuțioasă a plăgii și în același timp să administrăm tonicardiac și să ne îngrijim de o bună hidratare a organismului.

„*Gangrena gazoasă în cursul campaniei din 1941*” constituie raportul d-lui Prof. Dr. Moruzi, în care d-sa pe bază statistică demonstrează că și această infecție redutabilă este în scădere față de cazurile din războiul mondial. Pentru prevenirea acestei infecțiuni se impune excizia largă a plăgilor anfractuoase și îndepărtarea

tuturor corpiilor strelni. D-sa recomandă foarte insistent întrebunțarea pe o scară foarte întinsă și în doze masive a sulfamidelor care să fie administrate pe toate căile posibile, chiar și la nivelul plăgilor, prin pulverizare. Acest tratament trebuie să fie completat prin administrare de doze masive de ser antigangrenos. În special în cazurile declarate se va administra ser antigangrenos în doze de câte 500 c. c. intravenos și în caz de nevoie se va repeta chiar în aceeași zi. Completarea tratamentului în aceste cazuri declarate se face prin debridări largi și administrare de doze masive de sulfamide.

O să vedem la raportul asupra evacuărilor că una din cauzele primordiale a gangrenei gazoase este evacuarea întârziată.

D-l General Pârvolescu în raportul Domnului Sale despre „*Evacuarea răniților cu plăgi de război*” spune: de evacuare și numai de evacuare depinde evoluția bună a plăgilor. În majoritatea cazurilor, infecția plăgilor, în general și gangrena gazoasă în special, precum și complicațiile fracturilor, hemoragiile și alte complicații, sunt prezente atunci când evacuarea întârzie. Evacuarea trebuie să fie organizată în conformitate cu condițiunile tactice ale războiului, iar mijloacele de evacuare trebuiesc adaptate terenului pe care se face evacuarea. Important este ca răniții să ajungă în timpul util, adică în primele 6—12 ore dela rănire la formațiunea chirurgicală care să-l poată aplica tratamentul radical.

Prevenirea și combaterea epidemiilor cu focare endemice în U. R. S. S. a fost susținută de către d-l Prof. D-l Bălțeanu, D-Sa a arătat care sunt aceste boli infecțioase și ce mijloace trebuie să se aplice pentru combaterea lor.

Chirurgia cranio-cerebrală în timp de război a fost ultimul raport, prezentat de către d-l Dr. Bagdasar. Rezultatele obținute în acest domeniu nu sunt prea mulțumitoare deoarece majoritatea răniților au ajuns în aceste servicii de specialitate în faza de complicații infecțioase. D-Sa preconizează înființarea de centre neuro-chirurgicale în imediata apropiere a zonei de operațiuni, pentru a se putea executa intervențiunile înainte de apariția infecțiunii.

Din rapoartele, comunicările și discuțiunile susținute în acest Congres de chirurgie de război, se poate trage concluzia mulțumitoare, că Serviciul Sanitar al Armatei și-a făcut datoria cu prisosință și că unele greșeli sau lipsuri pot să fie foarte ușor îndreptate într'un viitor apropiat.

Societăți medicale

SOCIETATEA ȘTIINTELOR MEDICALE DIN CLUJ—SIBIU

Sedința din 23 Ianuarie 1942.

Prezidează: Prof. Dr. C. GRIGORIU, președinte.

Prof. Dr. Al. Pop și Dr. I. Prăgoiu: Mecanoterapia în tratamentul leziunilor de războiu.

Leziunile de războiu prezintă ca sechele, multiple tulburări funcționale. În vederea unei recuperări cât mai grabnice a răniților, noi suntem chemați ca prin diferite mijloace să suprimăm sau cel puțin să ameliorăm aceste tulburări funcționale.

Pe lângă vindecarea anatomică trebuie să obținem și o revenire funcțională integrală a segmentului lezat.

Mecanoterapia este una din cele mai eficace mijloace pentru obținerea acestui scop. Ea face parte integrantă din chineziterapie.

Mișcarea activă sau pasivă executată manual sau cu ajutorul aparatelor constituie elementul de bază al chineziterapiei.

Mecanoterapia este executată cu ajutorul unor aparate speciale și este pasivă atunci când segmentele de membre sunt mișcate cu aceste aparate, independent de voința bolnavului. În mecanoterapia activă mișcările sunt produse prin contractura musculară și prin influxul nervos al bolnavului.

Cele mai bune aparate de mecanoterapie cari se găsesc azi întrebuițate în toate clinicele, sunt aparatele sistem „Original Zander” ale casei Rossel-Schwartz din Wiessbaden.

Aceste aparate sunt construite așa fel, că se poate executa cu ele atât mecanoterapia pasivă, cât și cea activă.

În mod uzual, înainte de a se începe mecanoterapia se fac mișcări pasive executate manual la patul bolnavului.

În campania din 1941, clinica chirurgicală din Sibiu a fost înglobată în spitalul de zonă interioară Nr. 479. Secția de mecanoterapie a clinicei a servit la tratamentul tuturor răniților din Spitalele de zonă interioară aflătoare pe raza Cercului de Recrutare Sibiu.

În total am executat peste 4000 de aplicațiuni de mecanoterapie la un număr de aproximativ de 220 de răniți.

Majoritatea răniților, cari au fost tratați prin mecanoterapie, au prezentat leziuni ale părților moi, inclusiv țesutul muscular, atât la nivelul membrelor inferioare, cât și la nivelul membrelor superioare. Aceste leziuni ale părților moi au dat naștere la înțepeniri ale articulațiilor, cari au cedat la tratamentul mecanoterapic.

Leziuni articulare mai ușoare, cari prezentau anchiloze parțiale fibroase, au cedat în majoritatea cazurilor, grație eficacității tratamentului de mecanoterapie aplicat.

Leziunile nervoase, pe lângă tratamentul de fizioterapie, au fost supuse și unui tratament de mecanoterapie cu rezultate funcționale bune.

Mecanoterapia urmărește recăștigarea elasticității musculare și tendinoase a segmentului lezat, precum și revenirea mișcărilor articulare din segmentul corespunzător.

Prin mișcările pasive și active se obține o activare a circulației drept urmare, o mai bună nutriție a țesuturilor respective.

Mecanoterapia nu este permisă să fie aplicată în mod brutal, deoarece pe lângă faptul că pierdem încrederea bolnavului, putem să producem și leziuni articulare sau paraarticulare, cari sunt greu reparabile și nu fac decât să întârzie procesul de vindecare.

Aplicarea rațională a mecanoterapiei face să scadă gradul de invaliditate și scurtează la minimum timpul de recuperare.

D-l Conf. Dr. Velluda remarcă importanța mobilizării cât mai timpurie a articulației patologice, chiar de către personalul ajutător, prin mișcări pasive, în lipsa aparatelor de mecanoterapie.

D-l Prof. Dr. Buzoianu aduce câteva exemple de aceiași natură. În ce privește simulanții, e de părere, că sunt niște bolnavi psihici.

D-l Prof. Dr. T. Vasiliu cere să se alcătuiască un program de patologie de războiu, iar societatea să se considere o societate de medicină de războiu. Să se facă apel și la facultate ca în cursurile cu studenții să se caute instruirea lor tocmai în aceste probleme.

D-l Conf. Dr. Velluda propune o ședință cu program consacrat exclusiv problemei simulanților.

La cererea d-lui Prof. Dr. T. Vasiliu se constituie o comisie compusă din reprezentanții specialităților de războiu: D-nii Prof. Pop, Țeposu și Buzoianu, D-l Conf. Velluda și D-nii Dri Ionaș și Prăgoiu. Această comisie va aduce în fața societății toate problemele ce trebuie să preocupe medicina de războiu.

Prof. Dr. T. Vasiliu și Dr. I. Josan: Carcinom malign stomacal cu structură și evoluție complexă.

Tumoră canceroasă a stomacului de forma linitei plastice, cu metastaze în capsulele suprarenale, ficat și ganglionii din jur. Fenomenele clinice au fost meningită sau de reumatism. Exitul rapid. E un cancer mucipar cu mers acut, o canceroză ce a evoluat cu temperatură, fapt ce nu se descrie în literatură, dar care ar putea fi un epifenomen. Are un caracter hemofilic căci în totea organele invadate se găsesc mase mari hemoragice.

Sedința din 6 Februarie 1942.

Prezidează: Prof. Dr. CRISTEA GRIGORIU, președinte.

D-l președinte anunță expirarea anului de activitate a societății și roagă pe d-l secretar general Dr. Căprioară să citească raportul.

Dr. Căprioară: Darea de seamă a comitetului societății științelor medicale pe anul 1941.

DOMNULE PREȘEDINTE, DOMNULE RECTOR,
DOMNILOR PROFESORI, DOMNILOR,

Potrivit vremurilor grele prin care trecem, Societatea Științelor Medicale s'a organizat și a activat, în anul trecut, deosebit de anii precedenți.

Preocupările reorganizării Facultății noastre, în locul nou în care am fost impuși, dublate de grija zilei de mâine ale fiecăruia dintre noi, ar fi putut, eventual, constitui pentru ființa societății un punct oarecum mort. Faptul că s'a regăsit la timp, că s'a organizat așa cum s'a constituit și că a activat așa cum s'a manifestat, constituie pentru întreg corpul medical, colaborator și iubitor al acestei Societăți, o nouă dovadă de înțelegere, de curaj și de prestigiu.

Deși Universitatea se înființa, deși fiecare Clinică și Institut trebuia refăcut din nou, totuși n'a existat scuză, n'a existat întârziere în manifestarea activității și a prestigiului Facultății noastre, aici la Sibiu.

Hotărîrea istorică din toamna anului 1940, ne-a lovit, dar nu ne-a domoralizat. Am dat astfel dovadă, că o suportăm cum mult curaj și cu justificate speranțe.

În urma hotărîrii Consiliului Profesoral, toate Societățile Medicale dependente de Facultate și existente la Cluj, se contopesc cu Societatea Științelor Medicale.

Astfel Președinții fostelor Societăți în persoana D-lor: Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. I. Hațieganu, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Prof. Dr. M. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. T. Vasiliu, se aleg ca vice-președinți cu încredințarea de a prezida pe rând ședințele, iar ca președinte D-l Prof. Dr. Cr. Grigoriu.

Au mai fost cooptați în comitet în calitate de vice-președinți reprezentanții medicilor din Sibiu, în persoanele D-lor: Dr. Cosma,

CAMPANIA ANTISIFILITICĂ

BISMJOCHIN 0.06

suspensie

BI METALIC PE 2 CMG

BISMOLIP 0.05

soluție

BI METALIC PE 1 CMG

HEXABI 0.06

soluție

BI METALIC PE 1 CMG



FABRICA HYGEA CLUJ S.A.R BUCUREȘTI

„Sapic“ - TONICUM

Sirop

Arsen
Fier
Mangan

Cupru
Strichnină
Glicerofosfați

Reconstituant

Tonic

Stomahic

In: Anemii, Cloroză, Astenie, Surmenaj, Convalescență

Pentru Calciterapie intensă

GLUCO-CALCIUM „Sapic“

soluție stabilă de 10% Gluconat de Calciu pentru injecții intramusculare și intravenoase — fiole de 5 și 10 cmc.

CALCINAT „Sapic“

tablete cu gust plăcut de ciocolată conținând fiecare 1.20 gr. Gluconat de Calciu.

ANALEPTIC

CARDIOTONIC

CORDISAN „Sapic“

CORDISAN - EFEDRINA

Picături, Fiole, Pulbere pt. receptură

In toate stările de slăbiciune ale inimii și ale circulației sanguine

Mostre și literatură trimite la cerere:

DEPARTAMENTUL ȘTIINȚIFIC

„SAPIC“

București VI, Str. Cazărmei 89

Dr. Manta, Lt.-Col. Dr. Ursu și Dr. Veindel, precum și Dl Conf. Dr. Ioan Gavrilă.

Locul ținerii ședințelor a fost amfiteatrul Clinicii Ginecologice și Obstetricale, ca cea dintâi Clinică instalată și în plină funcțiune în localul Institutului Obstetric. S'a hotărât ca ședințele să se țină în loc de Sâmbăta cum era obiceiul, Vinerea, pentru a da ocazie membrilor Societății, să folosească ziua de Sâmbătă pentru eventuale excursii.

S'a propus înființarea pe lângă Societate a unei secții turistice și de propagandă sanitară.

S'a propus și s'a admis ca ședințele Societății să se țină tot la 2 săptămâni, în credința că, preocupată fiind prea mult, de celelalte griji imperioase reorganizării Clinicilor și Institutelor, n'am putea manifesta o activitate științifică impusă de prestigiul Societății, dacă s'ar ține în fiecare săptămână.

S'a păstrat un singur organ științific de publicitate, similar „Clujului Medical” denumit „Ardealul Medical” unde au fost contopite toate celelalte reviste medicale, ale Facultății, existente la Cluj, ca: „Revista de Endocrinologie, Ginecologie și Obstetrică”, „Clujul Medical”, iar din Sibiu „Sibiul Medical”.

S'a propus ca Sanatorul dela Păltiniș să-l preia Universitatea.

S'a propus ca studenții meriți să-și poată comunica în cadrele Societății eventualele comunicări științifice ce le-ar avea de făcut.

S'a urmărit prin aceasta stimularea pregătirii medicale, emularea valorilor tinerilor meriți și potențarea interesului studențimii pentru Societate.

S'a propus și intervenit la forurile în drept ca viitorii doctori în medicină ai Facultății noastre să fie obligați să-și susțină tezele lor mai bune și selecționate de un comitet de profesori, constituit anume, în fața și în cadrul Societății.

S'a propus ca și în alți ani, să se invite profesorii celorlalte Facultăți de Medicină, eventual dacă este posibil și din străinătate, să se țină în cadrul Societății una sau mai multe conferințe.

S'a propus constituirea unui congres medical dacă timpul și împrejurările vor permite.

S'a propus înființarea unui fond de premii pentru cea mai bună lucrare științifică eșită din cadrul Facultății noastre.

S'a propus să se intervină la forurile în drept pentru a se putea face un schimb de studenți și medici între facultățile de medicină din țară și din străinătate necesar unei pregătiri mai complete în știința medicinei.

S'a propus constituirea cursurilor de perfecționare, atât de utile tuturor medicilor.

DOMNILOR,

Cu toate aceste propuneri, a venit D-l Președinte în expunerea de program, la preluarea conducerii Societății și D-voastră le-ați admis pe toate.

A rămas ca, timpul anului, energia și conștiințiozitatea conducerii, interesul și înțelegerea membrilor, să facă ca aceste propuneri să se traducă în fapte.

Astfel s'au ținut ședințe tot a II-a săptămână cu un program așa de bogat, încât aproape niciodată nu s'a putut epuiza în întregime.

Interesul și dorința membrilor de a frecventa ședințele Societății, a fost așa de manifestă, că studenții, medici, și profesori, împreună, au participat în număr totdeauna satisfăcător. A fost parcă, spre deosebire de alți ani și cu siguranță determinată de împrejurările în care trăim, o dorință nostalgică, care dubla interesul științific și care făcea pe membrii să vină la Societate ca alte dăți, Sâmbăta după masă, în Amfiteatrul Clinicii Medicale din Cluj.

Meritul realizării programului nostru revine în parte membrilor societății cari conlucrând cu noi au înțeles că, în vremurile excepționale în care trăim trebuie să ne manifestăm tăria vitalității, a pregătirii și a capacității noastre ca români și ca medici și să păstrăm astfel prestigiul acestui for de cultură, de adevăr și de lumină care a fost totdeauna Societatea Științelor medicale din Cluj.

S'a realizat spre marea bucurie a noastră a tuturor și datorit înțelegerii și intervenției forurilor superioare, ca Sanatorul din Păltiniș să-l preia Universitatea. Va fi aici un loc de sănătate și de recreare pentru toți membrii Universității, profesori și studenți.

S'a realizat înființarea secției turistice și D-l Conf. Daniello conducătorul ei a și aranjat câteva excursii cu tot timpul și împrejurările vitrege din anul trecut.

Regruparea tuturor revistelor medicale aflătoare la Cluj și Sibiu sub forma uneia singure „Ardealul Medical”, pusă sub conducerea harnicului director Conf. Dr. I. Gavrilă și apariția ei regulată, constituie un punct de onoare pentru Facultate, Societate și conducătorii ei.

S'a reușit cu tot timpul nu prea favorabil pentru aceasta, ca savantul profesor dela București D-l Dr. Parhon să țină o conferință în cadrul Societății tratând despre: „Rolul secrețiunilor interne în viața embionară și fetală. Endocrinologia prenatală”.

Au fost deasemenea invitați din București Prof. Dr. Bălăceanu, Prof. Dr. Nasta și prof. Dr. Nițescu dar vremurile excepționale ale anului acesta i-a împiedecat să țină conferință.

Apoi D-nii Profesori ai Facultății noastre ca:

D-l Prof. Dr. M. Sturza, D-l Prof. Kernbach, D-l Prof. Dr. Gh. Popovici, au conferențiat tratând probleme ce au interesat evident Societatea și care în extenso au fost publicate în „Ardealul Medical”.

D-l Dr. Câmpianu din Brașov a ținut o conferință vorbind despre: „Principiile fundamentale ale bioterapiei chirurgicale”.

S'a constituit o ședință cu subiecte militare de ordin sanitar prezidată de D-l Lt.-Col. Ursu în cadrul căreia, ocazional D-l Prof. Karemberg din Duseldorf, care se găsea mobilizat pe lângă formația sanitară aflătoare în spitalul militar din localitate a făcut două interesante comunicări ca:

1. Acro-dermatita atrofică tip Herzeiner.

2. Oedem cronic al mâinii.

Pentru că, în cursul acestui an s'a declarat războiul național și problemele sanitare legate de el erau pe primul plan, s'au aranjat câteva ședințe, unde s'au făcut comunicări și s'au expus experiențe rezultate din medicina de războiu.

Sub forma unui număr special consacrat acestor fel de probleme, a apărut și „Ardealul Medical”.

Societatea Științelor Medicale a suportat cu mult și lăudabil curaj toate încercările suferite în anul trecut, ca refugiu, războiu, etc. dar s'a resimțit greu în urma loviturii soartei. Ea pierde în acest timp pe doi din cei mai distinși membri ai ei: profesorii și savanții: Minea și Drăgoiu.

Nu era obișnuită în trecut Societatea cu astfel de pierderi iată de ce lovitura primită de două ori, într'un timp ce nu i-a dat răgaz să se reculeagă, a simțit-o așa de ireparabil.

Fie ca munca acestor doi eroi ai Științei și distinși profesori ai Facultății noastre să servească de exemplu tinerei noastre generații.

DOMNILOR,

Dacă comitetul a putut realiza punctele din programul cu care a venit la conducere, meritul nu este numai al lui, nici al energiei, dinamismului și perseverenței D-lui Președinte Prof. Dr. Cr. Grigoriu, ci al înțelegerii și sprijinului dat de forurile conducătoare ale Facultății și Universității noastre.

Mai revine acest merit tuturor conferențiarilor și comunicatorilor cărora le aducem mulțumirile noastre. Fără ei și fără auditoriu plin de dragoste și interes, pentru societate, activitatea manifestată anul trecut n'ar fi fost așa de mulțumitoare.

Dorim pentru anul de activitate care începe, ca noul comitet pe care-l veți alege să aibă parte de pace și liniște, să poată lucra în condițiuni normale și cu toți membrii societății, ca să poată realiza pe lângă ce am făcut noi, și ceea ce timpul și nevoile științei medicale le va cere.

Dr. Macavei: Darea de seamă asupra cassei.

Din cotizațiile membrilor am totalizat suma de 16.400 Lei. Ne-a mai rămas un rest de 2938 Lei, din 1940. Deci în total 19.339 Lei.

Din aceștia s'au cheltuit 10.972 Lei repartizați în felul următor:

527 Lei blanchete pentru comunicări.

44 „ hârtii de multiplicat

1.400 „ distribuitorului de comunicări.

10.000 „ Revistei „Ardealul Medical”, sub formă de subvenție, rămânând sold în casă suma de Lei 7.367—

Nădăjduim ca în anul în curs crescând numărul membrilor să sporească și venitul societății.

Conf. Dr. I. Gavrilă: Dare de seamă asupra revistei „Ardealul Medical” pe anul 1941.

Revista „Ardealul Medical” a luat ființă la începutul anului 1941, rezultând din contopirea revistelor medicale, ce au apărut până atunci la Cluj și la Sibiu: „Clujul Medical” — „Sibiul Medical” — „Endocrinologie Gynecologie, și Obstetrică”. În comitetul de redacție al revistei au fost introduși toți membrii comitetelor de redacție a acestor trei ultime reviste.

Revista a devenit la Sibiu organul oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, a Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu, al Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar din Sibiu.

Revista în primele două numere a apărut sub formă de numere duble apoi începând cu numărul 6 din luna Iunie, a apărut în mod regulat în fiecare lună în 1.000 de exemplare.

Nizuința noastră a fost și este, ca revista să iasă în condițiuni tehnice cât mai bune, să se publice în coloanele ei material cât mai variat, care să intereseze pe toți medicii de toate specialitățile: să cuprindă probleme științifice, propriu zise, probleme terapeutice, probleme de organizare sanitară de medicină preventivă probleme paramedicale etc. Desigur că dat fiind timpurile pe care le trăim, am căutat să cuprindem în revistă și probleme de medicină de războiu, cari sunt de mare actualitate în prezent.

În general material de publicat am avut totdeauna suficient la dispoziție pentru care cu această ocazie țin să le mulțumesc în numele revistei foarte călduros tuturor colaboratorilor și să-i rog, ca și de aci înainte să ne onoreze cu colaborarea domniilor lor. Tot cu această ocazie, îmi permit de a ruga toate personalitățile medicale și pe toți medicii, să binevoiască a ne onora cu colaborarea și să publice în coloanele revistei noastre problemele, cari cred că au un interes general sau special pentru ceilalți medici.

Bugetul revistei: Revista se susține pe deoparte din venitul propriu, pe de altă parte din subvenții.

Am primit subvenții dela instituțiile, a căror organ oficial este revista:

1. Dela Societatea Științelor Medicale.

2. Dela Universitatea din Cluj-Sibiu prin Facultatea de Medicină.

3. Dela Ministerul Sănătății prin Inspectoratul General Sanitar, Sibiu.

4. Dela fosta revistă „Sibiul Medical”.

Tuturor acestor instituții ne permitem de a le exprima și cu această ocazie mulțumirile noastre, rugându-le, să ne sprijinească și de aci înainte.

Veniturile proprii sunt sumele, rezultate din taxele de inserate primite dela diferitele case de medicamente. Cu această ocazie aducem mulțumirile noastre tuturor acestor case de medicamente pentru sprijinul material acordat revistei prin publicarea acestor inserate.

Apoi tot venituri propriu sunt sumele provenite din abonamente, cari până în prezent au fost destul de reduse, abia 200 de abonați și-au achitat taxa de abonament pe 1941. Tocmai de aceea din acest loc, îmi permit să fac un călduros apel către abonații revistei, să binevoiască a-și achita abonamentul în mod regulat și mai ales îi rog, când li se prezintă chitanța, să binevoiască a o onora cu achitarea, să nu amâne casierul sau incasatorul revistei pentru altădată, pentru că este foarte greu ca incasatorul să meargă la fiecare abonat de 3 până la 5 ori.

Aceasta a fost în linii generale viața revistei în cursul anului 1941.

D-l preș. prof. Grigoriu subliniază apariția regulată în condiții mai mult decât onorabile, a revistei, fapt ce datorează exclusiv directorului ei, d-l conf. Gavrilă, căruia pe lângă mulțumirile comitetului îi adresează rugămintea să conducă și pe mai departe acest organ de publicitate. Mulțumește d-lui Rector și d-lui Decan pentru ajutorul moral și material dat revistei.

D-l Dr. Căprioară citește procesul-verbal al ultimei ședințe de comitet.

D-l președinte comunică societății că facultatea a acceptat propunerea să se officieze un parastas în memoria d-lui prof. Dr. I. Minea.

În numele comitetului d-l președinte depune mandatul conform statutului.

Consiliul facultății, a propus ca vechiul comitet să funcționeze încă un an.

D-l prof. Dr. I. Hațieganu, în calitate de rector, spune că rostul D-sale este să încurajeze. După dările de seamă societatea se poate mândri cu activitatea ei. „Ardealul Medical” este revista care a apărut în așa de admirabile condiții și este de acord ca d-l conf. Dr. I. Gavrilă, bine cunoscut prin perseverența D-sale, să continue a conduce apariția ei. Societățile sunt organe spirituale și în această ordine de idei societatea noastră s'a remarcat prin o viață plină de manifestări. Ceea ce poate să se reproșeze societății, dar mai ales medicilor veniți din Cluj, e că n'au prea activat în organizația sanitară a regiunii. Pentru viitor societatea trebuie să se deplaseze la sat. Facultatea sugerează societății ideea de nouă muncă, de sacrificiu.

În calitate de membru propune să fie cooptați în comitet ca reprezentanți ai medicilor din Sibiu și d-nii d-ri Ionașiu, Mavru și Filipescu.

Ca rector promite maximul de ajutor societății și revistei.

D-l preș. prof. Dr. C. Grigoriu aduce mulțumirile societății pentru frumoasele sugestii. Comitetul, în proxima ședință, va hotărâ asupra constituirii sale.

Se ratifică alegerea noilor membrii în comitet, în persoana d-lor d-ri Ionașiu, Mavru și Filipescu.

Prof. Dr. M. Kernbach: Curente sintetice în medicina contemporană.

(După terminarea părții a doua se va da un rezumat complet).

Conf. Dr. Borza, St. Zeno: Considerațiuni asupra tehnicii de extracție a corpurilor străine de războiu.

În războiul modern armele cu putere de distrugere mare ca proiectilele de artilerie, bombele de avion, grenadele și mai cu seamă proiectilele de aruncătoare, au redus considerabil valoarea armelor de foc ale infanteriei. Până când acestea, prin proiectilele

lor animate de o mare viteză până la 1500—2000 metri, provocau mai mult plăgi traversând organismul fără a fi reținute, armele moderne provoacă în apropierea centrului de explozie adevărate sfâșieri de obicei mortale, până când la periferie schije animate de o viteză mai mică, penetrează în organism, dar la cel mai mic obstacol se opresc, rămânând inclavate în diferitele țesuturi.

Așa explică autorul de ce dintre toți răniții tratați în cursul anului 1941 în Spit. Milit. Sibiu, 72% au prezentat corpi străini reținuți.

Trecând în revistă indicațiunile operatorii, autorul indică extragerea imediată la corpii străini localizați superficiali sau în țesutul muscular provocând dureri sau jenă funcțională. Extracția timpurie este indicată și acolo unde ei provoacă iritațiuni sau compresii nervoase, precum și leziuni vasculare. În plăgile cu supurațiune îndelungată, întreținută de corpii străini primitivi sau secundari, precum și în osteitele provocate de aceștia, extragerea lor se impune.

Indicațiune temporizată. În infecțiunile grave provocate de prezența corpurilor străine, autorul recomandă o temporizare până la delimitarea infecțiunii cu scop de-a preveni difuzarea ei. După ce infecțiunea sa colectat, intervenția va consta din deschiderea și drenajul ei. Dacă corpul străin se găsește în mijlocul colecției el va fi extras, dacă extragerea necesită noi debridări atunci el va fi lăsat pe loc până la vindecarea plăgilor, fiind extras numai ulterior. Autorul descrie observația unui rănit, care prezintă o schijă în dreptul trochiterului drept și un flegmon subpectoral. La acest rănit respectând indicațiunea semnalată a obținut cel mai bun rezultat.

Indicațiunea de extragere tardivă o preconizează la cazurile unde corpii străini sunt situați în organe sau în vecinătatea unor elemente anat. de importanță vitală și cari nu provoacă tulburări prea însemnate. Acești răniți sunt ținuți câțiva timp sub observație și apoi li se acordă un concediu. Intervenția de extracție se face numai după 6 luni.

Contraindică operațiunea de extracție în toate cazurile unde corpii străini sunt bine tolerați, dar mai ales în regiunile unde prin situațiunea anatomică se crează dificultăți tehnice prea dificile, punând în pericol chiar viața bolnavilor.

În ceea ce privește *tehnica propriu zisă*, este aproape imposibil a da o descriere prea concisă, din cauza variațiunii infinite în ce privește localizarea acestor corpi.

Totuși inciziunile cutanate trebuie să respecte anumite reguli chirurgicale bine stabilite.

La segmentele de membre și în anumite regiuni străbătute de vase și nervi importanți, calea de acces va fi aceea a ligaturii vaselor mari, atunci când corpii streini se află în apropierea lor. Dar chiar și atunci când ei sunt localizați numai în raport de vecinătate, este bine ca la început să se pună în evidență aceste elemente și să se izoleze. Prin aceasta, odată pericolul de lezare evitat intervenția poate fi continuată cu mai mult curaj, având posibilitatea de explorare pe o zonă mai întinsă. Acest principiu de tehnică apare și mai util, unde dificultatea de a identifica corpul strein ne obligă căutarea lui sub ecran în cursul intervenției. Aici menajarea pachetului vasculo-nervos făcută în prealabil este și mai prețioasă, fiind nevoiți să lucrăm în obscuritate.

Autorul relatează apoi observațiunea alor altor doi răniți la care a aplicat aceste principii de tehnică cu cel mai bun rezultat deși cazurile erau foarte dificile.

În continuare autorul semnalează principiile de tehnică utile la extragerea corpurilor străine din regiuni lipsite de nervi sau vase mai importante și în fine insistă asupra tehnicii extirpării corpurilor streini din creier și din plămâni, dacă aceasta este necesar.

În concluzie amintește că, până când indicațiunile operatorii sunt destul de precise, tehnica propriu zisă este supusă la variațiuni infinite din cauza localizărilor infinite. Aceste operațiuni sunt în funcție de erudiția, de abilitatea și de ingeniozitatea chirurgilor care sunt chemați să le execute. Totuși există anumite principii fundamentale care trebuiesc respectate, pentru a evita anumite complicațiuni, cari pot fi uneori catastrofale.

Revista cărților

Supravegherea diabeticilor. (Nachsorge für Zuckerkrankhe) de Dr. Ferd. Bertram și Dr. Heinz Bürger. Un volum cu 84 pagini, editura George Thieme, Leipzig, 1941. Se găsește de vânzare la librăria H. Welther, Sibiu. Prețul cartonat Rm. 2.03.

Tratamentul diabetului reprezintă o problemă foarte importantă pentru toate țările. În special după războiu s'a constatat în toate țările o frecvență mai mare a lor. După o statistică făcută în Germania, acolo ar exista aproape 1/2 milion de diabetici, desigur că și în țara noastră în raport proporționat cu populația țării este aproximativ același procent de diabetici.

Supravegherea tratamentului unui diabetic este de o importanță deosebită, pentru că astăzi grație metodelor terapeutice, cari există în această boală, 90% a diabeticilor pot fi făcuți capabili de muncă, în schimb un tratament prost aplicat și defectuos condus poate duce pe bolnav la o incapacitate permanentă de muncă, dacă nu chiar la sfârșit letal.

Cartea de față se ocupă cu tratamentul acestor bolnavi în clinici sau în spitale, dar se ocupă în special cu tratamentul ulterior, cu supravegherea tratamentului după ce acești indivizi au părăsit așezămintele spitalicești.

Conținutul cărții este următorul: se discută întâi necesitatea unei supravegheri a diabeticilor având în vedere marele număr

al lor, având în vedere interesul deosebit atât al statului, cât și al diferitelor case de asigurare, pentru ca acești bolnavi să fie capabili de lucru.

Se discută apoi diferitele căi, prin care pot fi tratați și supraveghiați acești diabetici. La început tratamentul va fi fixat într-o clinică sau într'un spital, unde se pot executa și toate analizele în legătură cu stabilirea tratamentului; după părăsirea așezământului spitalicesc, individul va fi supravegheat în mod ambulant la diferitele centre diabetice, care există în Germania.

Urmează apoi îndatoririle ce le are o supraveghere a unui diabetic: supravegherea metabolismului prin analize de urină, prin stabilirea glicemiei, etc.

Se discută în capitolul următor rezultatul acestei supravegheri a tratamentului diabeticilor. Într'adevăr se constată în urma acestei supravegheri diabetice, că în ultimul timp imensa majoritate a diabeticilor este capabilă de lucru pe lângă un tratament bine condus, se constată apoi o scădere a cazurilor de comă diabetică, o scădere a mortalității prin diabet.

În următorul capitol se dau diferite instrucțiuni, ce trebuiesc expuse bolnavului diabetic. Într'adevăr diabeticii ei însuși trebuie să colaboreze într-o măsură foarte mare la conducerea exactă a unui astfel de tratament. Se dau indicațiunile necesare

in legătură cu aplicarea regimului diabetic. Urmează apoi expunerea insulinoterapiei, atât cu insulina obișnuită, cât și cu insulinele-depot. Se tratează apoi despre reacțiunile posibile în urma tratamentului cu insulină (fenomenele ipoglicemice). Se dau lămuriri despre întreg felul de a trăi al unui diabetic.

Această lucrare fiind de o importanță deosebită în practica medicală de toate zilele, este de un folos foarte mare pentru medicul practician, dar și pentru studenții în medicină, cari mai târziu ajung în practica medicală.

Tratamentul cu sulf în medicină internă. (Die Schwefelbehandlung in der inneren Medizin) de *Dr. Richard Kühn* Editura Ferdinand Enke, Stuttgart, 1941. Un volum de 48 pagini. Prețul Rm. 3. Se găsește de vânzare la librăria H. Welther, Sibiu, str. Regina Maria.

Tratamentul cu sulf este o metodă terapeutică, care se bazează pe mobilizarea tuturor forțelor de apărare ale organismului în bolile unde această terapie este indicată. Lucrarea de față se ocupă cu această metodă terapeutică în diferitele boli medicale.

Conținutul cărții este următorul: La început se dau câteva date istorice asupra sulfului. Urmează apoi capitolul care tratează despre metabolismul sulfului în organism, forma sub care să găsească în natură, repartizarea sulfului în diferitele organe, necesitatea organismului în sulf, forma sub care sulful este ingerat, metabolismul intermediar a sulfului în organism și eliminarea lui. Se tratează apoi despre acțiunea compușilor sulfului asupra metabolismului, despre raportul între compușii sulfului și între fermenți, vitamine și hormoni.

Urmează apoi aplicarea practică a sulfului în tratamentul diferitelor boli. Se discută aci întâi căile de administrare: calea intramusculară, calea intravenoasă împreună cu reacțiunile ce le produc aceste căi de administrare.

Sulful va fi administrat pe cale paraterală în diferitele forme cronice ale reumatismului: artrita cronică primară, artrita cronică secundară; în artropatiile degenerative (artrita deformantă), etc.

Aplicarea intravenoasă a sulfului este indicată în special în boli acute. În acest fel se obține o urcare însemnată a forțelor de apărare ale organismului, se poate vorbi aci în sensul strict al cuvântului de o terapie ne specifică. Sulfului îi revine un rol desintoxicant în stările infecțioase grave. Indicațiuni pentru administrarea intravenoasă a sulfului sunt în următoarele stări acute: în reumatismul poliarticular acut sau subacut; în diferitele boli infecțioase acute: difterie, scarlatină, febră tifoidă, paratifoidă, amigdalite, meningită epidemică, encefalită, etc.

Sulful se poate aplica în toate infecțiunile generale, în toate stările septică, mai ales în cazurile, unde focarul de infecție nu este clar și pe care vrem să-l înlăturăm.

Se discută apoi aplicarea pe cale bucală a sulfului, care încă are multiple indicațiuni: boala lui Addison, anumite tulburări gastro-intestinale, în tratamentul diabetului zaharat, sulful întărind acțiunea insulinii.

Sulful sub formă de cisteină acționează ca și vitamina C, de aceea terapia cu sulf se poate indica paralel cu vitamina C.

Pe cale bucală sulful se mai poate da în furunculoză, în intoxicații cu plumb, cu arsen, chiar și în reumatismele cronice.

Se expune apoi aplicarea externă a terapiei cu sulf sub formă de băi, fie la domiciliu, fie în diferitele stațiuni balneare.

La sfârșitul lucrării sunt date diferitele preparate de sulf pentru diversele căi de administrare.

Această carte poate fi de un real folos pentru medicii practicieni în ea găsim toate datele în legătură cu terapia cu sulf, cu așa de multe indicațiuni în diferitele boli medicale.

Recunoașterea bolilor interne acompaniate de stări de inconștiență. (Erkennung innerer Erkrankungen die mit Bewus-

steintörungen einhergehen) de *Dr. Peter Mehler*. Editura George Thieme, 1941, un volum de 68 pagini, Prețul Rm. 2.10, se găsește de vânzare la librăria H. Welther, Sibiu, str. Regina Maria.

Medicul practician foarte des se găsește în fața cazurilor cu stări grave de inconștiență. Diagnosticul în astfel de împrejurări este de o dificultate deosebită, în special în unele cazuri. În fața unui bolnav cu stare comatoasă este de o importanță urgentă, de a face diagnosticul etiologic, ceea ce câteodată este destul de ușor, mai ales dacă obținem date de anamneză dela aparținători. Însă acest diagnostic în alte ocazii este extrem de greu, mai ales dacă nu cunoaștem nimic din antecedentele bolnavului și nu este nimeni, care să ne dea lămuriri în această privință.

Lucrarea de față se ocupă cu bolile interne, cari pot fi acompaniate de stări comatoase sau semicomatoase și discută posibilitățile de diagnostic în astfel de împrejurări.

Conținutul cărții este următorul: în partea I-a se dau câteva date generale asupra stărilor comatoase, a căror gravitate va fi apreciată în funcție de următoarele simptome; prin expresia și culoarea feței, prin eventualele modificări a tegumentelor depe întreg corpul, prin gradul stării de inconștiență, prin comportarea pulsului, prin tulburările respiratorii, prin comportarea temperaturii și prin eventualele tulburări gastro-intestinale.

Partea II-a a cărții se ocupă cu diferitele boli, cari pot fi acompaniate de stări de inconștiență.

Stări comatoase pot fi produse prin toxine exogene: acizi, sodă, fenol, etc, metale grele și metaloide (arsen), gaze toxice (gaz aerian); intoxicația cu alcool; toxice somnifere (derivate barbiturice); intoxicația cu morfină; intoxicațiile alimentare; intoxicația cu ciuperci; veninul șerpilor, veninul albinelor. Se mai adaugă aci stările comatoase produse de căldură și de razele solare.

Urmează expunerea toxinelor endogene, cari pot da stări de inconștiență: produsele de desagregare rezultate din bacterii și paraziți, intoxicația cu acid carbonic, coma hepatică, coma uremică, eclampsia gravidică.

Se expun apoi stările comatoase datorite tulburărilor în secreția glandelor interne: coma diabetică, coma ipoglicemică, tetania, coma tirotoxică, cașexia Simmonds, boala lui Addison, azotemia ipo-cloremică.

Urmează apoi stările comatoase survenite în urma lipsei de oxigen în sistemul cerebral: datorită diminuării oxigenului din plămâni, în urma pericolului de sufocare, în urma anemiei cerebrale, datorită bolilor sangvine, în tulburări circulatorii.

Se expun apoi stările comatoase ce survin în boli primare ale creierului: afecțiuni traumatică, comotii cerebrale, contuzie cerebrală, compresie cerebrale, tulburări circulatorii ale creierului, hemoragii cerebrale, tromboze ale sinusurilor, insulte apoplectice, boli inflamatorii ale creierului: pachimeningita hemoragică internă, leptomeningita; inflamațiunile substanței nervoase: encefalitele, abcese cerebrale, poliomielița anterioară acută, tumori cerebrale. Se adaugă aci paralizia bulbară acută și accesele epileptice.

Având în vedere importanța practică deosebită în viața medicală de toate zilele a tuturor problemelor discutate în această lucrare, suntem siguri, că această carte este de un folos deosebit pentru medicii practicieni și studenții în medicină.

Conf. Dr. I. Gavrilă.

Terapia modernă a varicelor, emoroizilor și varicoceleului. (Moderne Therapie de Varicen, Hemorrhoiden und Varicocele) de *Dr. Paul Linser* și *Dr. K. H. Vohwinkel*. Editura Enke, Stuttgart, 1942. Ediția doua, 98 pagini. Se găsește de vânzare la librăria H. Welther, Sibiu. Prețul legat Rm. 7.10.

Autorii ne prezintă experiențele clinice din Tübingen (Prof. Dr. Linser) în decurs de 25 de ani. Etiologia, simptomatologia, complicațiunile și terapia varicelor, emoroizilor și varicoceleului

sunt detaliat tratate. În capitolul terapiei care este cel mai interesant, autorul critică întâi metodele chirurgicale: Velpeau, ligaturi percutane, ligatura venei saphenei Trendelenburg, extirpațiunea venei saphene, operația lui Babcock, Rindfleisch, Ceca, Delbet, Costa, Jianu și intră apoi în tratamentul varicelor cu injecțiuni sclerozante. La introducerea istorică e interesant că deja în 1813, Monteggia a făcut injecții sclerozante și Pravaz, inventatorul cunoscut al seringii, a încercat tratamentul anevrismelor cu injecții de ferriclorid. Dar terapia modernă începe cu anul 1911, când Prof. Linser a observat cu ocazia injecțiilor intravenoase anti-luetice de 1% sol sublimat, efectul obliterant al acestei soluții. Aplicând acest medicament și pentru injecții intravenoase contra varicelor, Prof. Linser a putut obține cu tehnica sa excelentă, rezultate excelente, fără complicațiuni.

Interesante sunt și examinările istologice ale părților trombozate ale venelor injectate. Deja după 3—4 ore dela injecția cu soluția de sublimat, se poate observa o deslipire pronunțată a intimei, trombul este parietal aderent și e în legătură fixă cu perețele vasului. La 2 zile după injecție, separarea și necrozarea intimei este completă și se întinde pe circumferința totală a venei. Trombul ocupă toate lacunele venei și este fix aderent cu media. Aproximativ în ziua 9-a se poate observa organizarea fibroasă a peretelui necrotic și organizarea incipientă a trombului: imigrarea fibroblastelor, fibrilelor etc. Deci, s'a format distinct un tromb parietal și nu un tromb coagulat în centrul canalului și astfel se explică și raritatea emboliei în urma injecțiilor.

Autorul insistă asupra medicamentelor sclerozante, indeosebi sublimatul și natrium chlorid (și Varicophthin care conține 20% Na Cl și un anestetic), Medicamente preferate de Clinica din Tübingen. Soluțiile de glucoză (50—60%), Varicosmon, Calorse, Glycerin, Chinin-Uretan, Natrium morrhuat le recomandă cu rezervă. Discută indicațiile și contra-indicațiile. Contra-indicația absolută este: Tromboflebită infecțioasă, asemenea boli febrile generale, amigdalite, piodermie, edem cardiac la gambă, arterioscleroza în grad mare în vârsta înaintată. Injecțiile de-asupra tibiei trebuiesc executate cu precauțiune. Sarcina, chiar și înaintată, pentru autor nu prezintă o contra-indicație. Se poate injecta și a diabetici, bineînțeles nu cu sol. de glucoză. Vitium cordis în stadiul de compensație nu prezintă o contra-indicație.

Describe amănunțit tehnica injecțiilor: instrumentarul, locul injecției, poziția bolnavului, dozarea medicamentului, recomandă tratamentul ambulator, după injecție, bolnavul să facă mișcare și să umble.

Înainte injecțiilor, ligatura saphenei (Op. Trendelenburg) este interzisă.

Complicații în urma tratamentului: dacă s'a ivit injecția paravenoasă, se poate evita necroza țesutului prin injecția imediată cu ser fiziologic ori mai efectiv cu sânge: 10-20 cmc. Emboliile survin foarte rar. În decurs de 25 de ani cu aproximativ 75.000 injecții s'au observat în clinica Tübingen numai 4 cazuri de embolie pulmonară. O statistică americană arată o mortalitate de 0,013% după injecțiile sclerozante.

Tratează în capitole separate și tratamentul bolnavilor cu ecsema varicosum și ulcus varicosum, care nu diferă de tratamentul cunoscut. De asemenea descrie și metoda în tratamentul emorizilor și varicocelului.

Deoarece chiar în tratamentul varicelor, rezultatul obținut depinde foarte mult de indicația exactă, de tehnica subtilă și medicamentul aplicat, studiul cărții este recomandat oricărui medic care intenționează de a se ocupa cu tratamentul varicelor.

Ortopedie modernă de războiu. (Moderne Kriegsorthopädie) de Dr. Albert Lorenz. Editura Enke Stuttgart 1941, 43 pagini. Preț Rm. 2,60. De vânzare la librăria H. Welther, Sibiu.

Autorul ne prezintă în această carte în 14 capitole, cele mai interesante chestiuni ale ortopediei din actualul războiu, cari sunt de o importanță deosebită nu numai pentru ortopedul specialist ci și pentru ori care medic care se ocupă cu tratamentul răniților. În introducere, care e scrisă de reputatul ortopedist vienez Prof. Dr. Spitzzy, d-se stabilește principiul călăuzitor: „A nu pierde din vedere deja dela începutul tratamentului funcțiunea definitivă și a lucra la tratamentul inițial în sensul tratamentului posterior. Țelul de căpetenie va fi totdeauna evitarea după posibilitate a tratamentului posterior.

Cap. II Contractura articulațiilor. Profilaxia și tratamentul lor. La imobilizare pe câmpul de luptă, extremitatea trebuie fixată imediat în poziție bună, astfel se pot evita nu numai durerile dar și o contractură posterioară.

Cap. III. Imobilizarea și tehnica ei. Autorul tratează și critică în 2½ pagini mijloacele imobilizării: Desault, Vulpeau, Mittella, gips circular și tăiat longitudinal, ferestrat, capitonat și necapitonat, atele longitudinale sau spirale de gips. Pune chestiunea dacă în echipamentul pentru campanie sunt mai indicate feșele rulate și impregnate cu gips sau feși și pudră de gips separat.

Cap. IV. Leziuni articulare prin armă de foc. La început este greu de stabilit dacă vindecarea definitivă va sfârși cu funcțiunea completă sau numai parțială. De aceea se vor fixa articulațiunile în pozițiile cele mai favorabile pentru cazul când s'ar evolua ulterior spre o anchiloză parțială sau totală, adică în majoritatea cazurilor în așa numita poziție medie. Autorul descrie poziția favorabilă a diferitelor articulațiuni.

Cap. V. Contracturi cauzate prin cicatrizarea părților moi.

Cap. VI. Amputațiuni. Cum să amputăm ca să obținem un bont cât mai rezistent. Ce importanță are amputația osteo-plastică, și când se poate executa? Importanța părților moi pentru rezistența bontului. Formarea sechestrului coronar în cazul extirpațiunii prea radicale a periostului și a măduvei osoase. În care nivel să amputăm. Critică metodele clasice: Lisfranc, Chopart, Gritti, Firogoff. Tratamentul post-operatoriu: masaj, băi, gimnastică, proteze provizorii, ulcerazioni, nevrome, reparațiuni plastice, reamputațiuni. Contractura musculară a bontului.

Cap. VII. Fracturi. În spitalul de campanie se poate aplica numai un pansament imobilizant pentru transport. Transportul în spitalul de specialitate, unde bolnavul poate beneficia de tratamentul definitiv, trebuie efectuat în cel mai scurt timp, iar reducerea fragmentelor cu control, radiologie și extensiunea modernă formează mai mult probleme cari se soluționează în spitalul de specialitate decât în spitalele de campanie.

Cap. VIII. Care este poziția cea mai bună în caz de anchiloză?

Cap. IX. Tratamentul contracturilor și fistulelor osoase în spitalul stabil și special.

Cap. X. Pseudartroza. Calus întârziat.

Cap. XI. Ortopedia accidentelor în războiu cari sunt frecvente din cauza motorizării armatelor. Leziuni de menisc.

Cap. XII. Deformitățile piciorului cauzate prin leziuni, pes varus, planus, equinus, calcaneus.

Autorul, bineînțeles, nu se poate preocupa în mod amănunțit în cadrul lucrării de 43 pagini cu toate problemele ci îndeamnă pe cititor a medita asupra acestora și a soluționării lor. În rezumat, autorul este de părere că rezultatele definitive din punct de vedere al aptitudinii în serviciu, nu sunt bune, însă se poate realiza ca numărul invalizilor de războiu, cari în trecut erau obiectul milei publice și consumatori de rente, de acum înainte să fie micșorat, iar cei vizați să fie membrii utili ai societății umane.

Dr. Fabritius

Revista revistelor

INTERNE

Cercetări asupra conținutului de potasiu și calciu a serului uman. (Untersuchungen über den Kalium- und Kalziumgehalt im menschlichen Serum) de *Dr. H. Jesserer*. W. Klin. Wschr. Nr. 6, 1942, pag. 109.

Echilibrul calciului și potasiului este comandat de un centru nervos. Acest centru posedă evident o anumită variațiune, aproximativ ca și aparatul insular al pancreasului. În cazuri de alergii latente această variațiune este redusă, tot așa cum la diabeticii latenti există o scădere a toleranței față de hidrații de carbon. Pe de altă parte, analog toleranței hidrocarbonate a sănătoșilor, orice individ normal poate fi alergizat, dacă variabilitatea acestui centru nervos este pusă la încercare. Dacă acțiunea reglatoare este întrecută peste o anumită măsură și se ajunge la o anumită valoare de limită, atunci se ajunge la o excitabilitate anormală a sistemului nervos vegetativ, respective periferic. Această posibilitate de echilibrare mai redusă poate fi compensată până la un anumit grad prin o terapie de substituție cu A. T. 10. Indicatorul în ce privește dozarea și durata acestui medicament este urcarea coțientului K/Ca, ca și starea generală subiectivă, tot așa cum este gradul glicemiei în privința dozării insulinei la diabetici.

Aplicarea perlingvală a desoxicorticosteronului în tratamentul boalei lui Addison. (Die perlinguale Applikation von Desoxycorticosteron in der Behandlung des Morbus Addison) de *Dr. F. Heni*. Dtsch. Med. Wschr. Nr. 7, 1942, pag. 162.

Se descrie aplicarea sublingvală a desoxicorticosteronului sub formă de tablete și de soluție alcoolică în cazurile de boala lui Addison. Această metodă de aplicare s'a dovedit foarte bună în 3 cazuri. Survenirea de turburări gastro-intestinale într'un caz este datorită în parte iperdozării. Acest mod de aplicare înlocuiește injecțiunile intramusculare și implantările subcutanate în tratamentul de durată. Cantitatea absorbită nu corespunde exact celei aplicată pe cale intramusculară, de aceea doza trebuie mărită aproximativ cu 1/3.

Complexul de vitamine din măceși. (Der Vitaminkomplex der Hagebutte) de *Dr. A. Kuhn* și *Dr. H. Gerhard*. Hippokrates 1942, Nr. 6, pag. 100.

Se studiază acțiunea deosebită a vitaminei C naturale din măceși, această acțiune este datorită complexului de vitamine din aceste fructe. Din cercetări personale și din datele de literatură se constată, că măceșile trebuiesc considerate nu numai ca conținătoare de vitamina C, ci ca un complex natural de vitamine. Se dă o tabelă asupra survenirii vitaminelor în roza canina. Se comunică câteva date asupra roza rugosa. Pentru aplicarea terapeutică sunt mai bune acelea, care prin felul lor de preparare conțin acest complex de vitamină pe cât posibil nemodificat.

Experiențe în profilaxia și terapia rachișmului. (Erfahrungen in der Rachitis-Prophylaxe und therapie) de *Dr. P. Hoffmann*. Med. Welt Nr. 7/1942, pag. 169.

Profilaxia rachișmului cu 5 picături vitamina D zilnic (de 2 ori 10 cmc = 6 mgr. vitamina D în soluție oleioasă împărțită pe 4 luni) s'a dovedit a nu fi suficientă.

Cu dozarea obișnuită, de 3 ori 5 picături de vitamină D, o serie întreagă de cazuri de rachișm nu pot fi vindecate prompt.

O dozare mai intensă cu vitamina D oleioasă la sugari, cu sensibilitate gastro-intestinală, poate produce tulburări intestinale și ne silește apoi de a suprima dozele profilactice și terapeutice.

Monavitul îndeplinește prin conținutul său în vitamina D, foarte activă, sub formă de drojdie iradiată, condițiile pentru terapeutică și profilaxia rachișmului, reprezintă mai departe un factor

de siguranță mai mare prin combinarea lui cu vitamină B₁, calciu și fosfor pentru profilaxia și terapia cu folos a rachișmului.

Monavitul este luat bucuros, este bine suportat, chiar și în cazuri de predispoziție la turburări intestinale.

În baza multor experiențe personale autorul conchide, că monavitul, ca un preparat combinat, este mult mai avantajos în terapia și profilaxia rachișmului, decât vitamina D singură.

Dr. I. Gavrilă.

★

INFECȚIOASE

Studiul experimental asupra sulfamidoterapiei pe cale intraperitoneală. (Etude experimentale sur la sulfamidotherapie par voie intra-peritoneale) de *A. Jentzer* și *A. Calame*. Schw. Med. Wschr. Nr. 8/1942, pag. 229.

Introducerea sulfamidelor pe cale intraperitoneală a fost experimentată la iepuri și șoareci. Această cale de administrare este posibilă și este compatibilă cu viața chiar în doze foarte mari la iepuri, dacă sulfamida este introdusă sub formă de lichid neutralizat (Cibazol).

Aceleași doze de cibazol în pudră (amestec de o parte de sulfanil-amidotiazol și patru părți de acid boric) omoară iepurile în câteva ore. În cauză este efectul corpului adjuvant.

Resorbția și eliminarea experimentală al acestui procedeu a fost studiat la iepuri. Curba de concentrare sanguină arată o urcare bruscă în primele 2 ore. Ea atinge cantități foarte ridicate. Ea revine rapid până la ora 5-a, apoi concentrația se menține foarte joasă mai mult de 48 de ore.

Sulfamidoterapia exclusivă pe cale intraperitoneală s'a arătat mai puțin activă la șoareci supuși unei infecțiuni mortale, decât sulfamidoterapia subcutanată.

Autorii cred, că infecțiunile peritoneale pot beneficia de o singură și prima aplicație intraperitoneală de sulfamide, sub formă de lichide neutralizate și că terapeutică judicioasă ulterioară va fi calea intramusculară, apoi calea bucală.

Dr. I. Gavrilă.

Complicațiuni nazale și orbitare în scarlatină. (Nasale und Orbitale Komplikationen bei Scharlach) de *Dr. St. Krepuska*. Zeitschrift für Hals- Nasen und Ohrenheilkunde 1940, pag. 175.

Din 7800 cazuri de scarlatină observate de autor în ultimii 2 ani, 61 scarlatinoși au prezentat complicații nazale și orbitare.

Cauza acestor complicații ale scarlatinei ar fi afinitatea specială, a mucoasei căilor respiratorii superioare față de scarlatină și caracteristicile anatomice a acestor regiuni în vârsta copilăriei. Mucoasa nazală și a cavităților anexe în copilărie este groasă, bogat vascularizată, conținând numeroase celule cu mucus și o respectabilă pătură limfoidă, deci foarte sensibilă la infecții. Cornețele mari, obstruiază chiar la o simplă inflamație a mucoasei, căile nasale înguste.

Secreția ce stagnează, pătrunde ușor în deschizăturile scurte și largi ale cavităților învecinate.

Complicațiile orbitare se explică tot pe baza caracteristicilor anatomice. Cavitățile orbitare sunt infectate prin intermediul vaselor sanghine, scizuri, dehiscente etc.

Complicațiile orbitare survin cu atât mai des cu cât copilul e mai tânăr. Ele pornesc dela inflamația etmoidului și maxilarului, care se delimitează anatomic mai repede ca sinusul frontal și sfenoidal.

Tratamentul acestor complicații a fost făcut în mod progresiv: absorbția secrețiilor, anemierea mucoasei cu adrenalină; luxația cornetului mijlociu; puncția sinusului maxilar. Dacă în 24-48 de ore nu sau redus fenomenele, autorul a recurs la des-

chiderea largă a cavităților nasale inflamate. Deschiderea etmoidului și a maxilarului pe cale bucală (procedeele Caldwell—Luc. Jansen; sinusul frontal pe cale externă (procedeele Killian).

Rar a recurs la deschiderea flegmoanelor orbitare prin incizia părților moi. Vindecările, fără nicio urmare s'au produs în 98%.

Din 61 cazuri, unul singur a sucombat prin simptome meningale și infecțioase generale.

Dr. Gârbea.

★

OTO-RINO-LARINGOLOGIE

Un nou instrument laringeal pentru cusut. (Neue Larynxnähzange) de E. J. Matis. Acta oto-laring-F. 4, p. 334, 31/8, 1941, vol. XXIX 1/7.

Plecând dela constatarea că la operațiile endo-laringeale este necesar de multeori să se ajute vizibilitatea sau fixarea anumitor elemente. Și cum, instrumentul pentru fixat epiglota a lui Horsford, nu a fost prea mult introdus în practică, autorul a imaginat și construit un nou instrument. Acesta seamănă foarte mult cu o pensă laringeană, la a cărei extremitate se găsește un ac și un dispozitiv pentru prinderea automată a firului. Cu ajutorul unui cocoș, după ce instrumentul a fost introdus, sub controlul oglinzii laringeene, se acționează acul. Retrăgând pensa laringeană de cusut, firul rămâne fixat.

Acest instrument poate fi utilizat la: fixarea epiglotei, fixarea tumorilor, ligatura vaselor, fixarea tuburilor de radium și coaserea țesuturilor.

Dr. I. G. Russu (C. R. U. O. R. L.)

Două cazuri de stenoză laringeană vindecate prin tracheo-laringostomie. (Due casi di stenosi laringea guariti con la tracheo-laringostomia) de Tognola (Locarus). Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Nr. 32, 9 VIII 1941.

Autorul descrie cazul unui copil de 11 ani ce prezenta o plagă perforantă printr'un corp străin filiform în regiunea laringeană, urmată de simptome acute de asfixie și emfizem subcutanat al regiunii cervicale.

La câteva zile după executarea tracheotomiei încercându-se decanularea fenomenele de asfixie reapar datorite obstruării glotei printr'o masă de carne neuniformă. După executarea tracheo-laringostomiei se asigură un tratament dilatator progresiv cu rezultat optim pentru respirație și bun pentru fonație. Al doilea caz aparține unei femei de 65 ani ce prezintă o stenoză laringeană însoțită de paralizie recurentă bilaterală după o strumectomie. Laringotracheoscopia directă executată în scop de examinare face ca stenoza să se accentueze, fapt ce determină tracheotomia de urgență. Se preconizează apoi procedeul Witmaack constând în a scobori o coardă vocală prin deinsertia mușchilor de pe cartilagiul aritenoid.

Rezultatul necorespunzând așteptărilor se recurge la o tracheo-laringostomie urmată de dilatațiuni progresive ale glotei. Rezultatul a fost bun pentru respirație, mediocru pentru fonație.

Liviu Andreiu (C. R. U. O. R. L.)

Tuberculoza laringeană. (Die Kehlkopf Tuberkulose) de E. Wessely. Wiener Klinische Wochenschrift, Nr. 41, 10 X 1941.

Autorul face la început câteva considerațiuni generale asupra tuberculozei laringeene, spunând că poate surveni în stadiul incipient al generalizării, sau în cursul evoluției tuberculozei pulmonare și că tuberculoza laringeană primară a fost luată numai teoretic în literatură citându-se doar cazuri singuratic. Infecția se face pe cale hematogenă sau prin contact. Tuberculoza laringeană hematogenă apare sub două stadii de infiltrat cu aspect livid, moale, acoperit de epiteliu și de distrucție, care poate fi proliferativă, când organismul reacționează și necrotică, când organismul este aton.

Tuberculoza laringeană de contact apare în tuberculoza pulmonară deschisă datorită aportului prea îndelungat al sputei cu coardele vocale, și peretele posterior al laringelui, producându-se astfel leziuni catarale cronice ce se pot transforma în ulceratiuni pe cari se grefează ușor bacilii tuberculoși. În articolul de față se vorbește puțin despre simptomele cunoscute ale tuberculozei laringeene; dar se insistă asupra tratamentului. Tratamentul poate fi local și general. Cel local este prin helioterapie naturală sau cu lampa lui Wessely, ultra-violete Röntgen și radium. Cele două din urmă nu se aplică în formele necrotice. Dacă acest tratament cicatrizant nu dă rezultat pentru a combate durerea la înghițire se dă: pantocaină-Sprai (0,5—2%) tablete cu euphagin și psikobenyli, anaesthesin, cauterizare cu acid lactic (50—80%), în ulceratiunile mari, cauterizare cu crom și electrocauterizare, în ulceratiunile mici.

Când durerile sunt localizate în regiunea laringelui superior se fac în acest nerv injecții cu alcool cu efect anesteziant de câteva luni.

Tratamentul general constă în cura sanatorială cu regimul și medicamentele obișnuite.

Autorul spune că a obținut la $\frac{1}{3}$ din cazuri o cicatrizare a tuberculozei laringeene, o altă treime a redus-o în stare de latență, iar o altă treime a făcut-o să uite că are tuberculoză laringeană prin tratament simptomatic.

Drd. Mira Miculescu (C. R. U. O. R. L.)

Insemnătatea turburărilor vestibulare pentru definierea comotiei cerebrale, în deosebi, luând în considerație nistagmul de poziție. De Prof. L. B. Seiferth. (Deutsche Medizinische Wochenschrift). Oktober 1941, S. 1195—1197.

Autorul sub denumirea de nistagmus de poziție înțelege un nistagmus spontan, care nu se produce decât în anumite poziții ale corpului. După Voss și Barany acesta ia naștere în urma excitației aparatului otolitic.

După alte cercetări, s'ar produce pe căile supra-vestibulare, în centrul nervoși encefalici și numai excepțional în afecțiunile periferice ale urechii. În fine, după investigațiunile autorului, nistagmul de poziție este semnul unei afecțiuni cerebrale sau mai precis a unei turburări a complexului central vestibular.

Autorul a observat foarte frecvent nistagmul de poziție în comotia cerebrală. În toate cazurile recente de comotiați a fost menționat nistagmul de poziție. În cele tardive acesta nu este atât de regulat, dar totuși foarte frecvent, chiar după mai mulți ani de zile. Din statistica făcută pe 50 de comotiați de războiu, reproducem câteva cazuri cu nistagmus de poziție:

10 cazuri după 6 luni			
5	"	"	9 "
4	"	"	1 an
3	"	"	1 $\frac{1}{2}$ an
3	"	"	2 ani
1	"	"	4 ani
3	"	"	5 ani

După observațiile clinice nistagmul de poziție este cel mai însemnat semn al comotiei cerebrale.

Nistagmul de poziție se mai întâlnește, de altfel mult mai rar, în diferite boli: în tumorile cerebrale și tumorile vestibulare; mai rar în aortita sifilitică, sifilisul cerebral, siringomielie, scleroze multiple, epilepsie, scleroza cerebrală, alcoolismul acut și cronic. De asemenea a mai fost menționat în procesele inflamatorii ale urechii, consecutiv unei acțiuni toxice.

În vederea precizării fenomenelor clinice din comotie cerebrală, se recomandă un examen precis neurologic și medical.

Procesul patologic se localizează cu ajutorul probelor vestibulare. Când se constată hiperexcitabilitate rotatorie și calorică sediul este central, iar când hipo-excitatibilitatea rotatorie este

asociată cu excitabilitatea calorică normală, formula este tipică pentru turburările din spațiul retro-labirintic, trunchiurile nervoase, dura și spațiul sub arahnoidian. De asemenea felul nistagmului de poziție permite să deducem localizarea afecțiunii.

Cercetările lui Seiferth asupra localizării turburărilor, în legătură cu nistagmul de poziție, au dus la o indicație de ordin terapeutic, care constă în puncția lombară sau suboccipitală. La doi comotionați tensiunea era mărită și celule din lichidul cefalorachidian înmulțite. Din aceste motive în comotia cerebrală, ca și în complexul simptomatic al lui Menière, puncția va fi regula.

Așa numita comotie labirintică fără fractura stânței, numai cu turburări ale urechii interne, este cu mult mai rară. Fracturile sunt diagnosticate radiografic cu excepția unor fisuri. La comotionații puternici se pot produce hemoragii în urechea internă. (Stenger și alții).

Experiențele pe animale au dovedit turburări sau schimbări vaso-motorice (Brumer), cari nu pot constitui un tablou morbid autonom. Aceste schimbări neconstituind decât o parte din elementele unei comotii cerebrale, după cum spune autorul: „Ele aparțin de complexul simptomatic al comotiei cerebrale”. Cu alte cuvinte, atunci când se vorbește despre turburări cerebrale și vestibulare se înțelege comotia cerebrală.

Turburările post-comotionale incurabile sunt generatoare de un anumit grad de incapacitate de muncă, care poate fi evaluat între 10—25%. Schimbarea profesiunii în aceste cazuri va fi determinată de felul acesteia, a mediului profesional și de gradul turburării incurabile.

Dr. Gabriel Cotul (C. R. U. O. R. L.).

Asupra combaterii hemoragiei în tonsilectomii. (Zur Frage der Blutstillung bei Tonsillektomien) de Dr. A. Kelch. (Zeitschrift für Hals-nasen und Ohrenheilkunde — 7 Okt. 1941.

Pentru a evita o hemoragie postoperatorie trebuie luate anumite măsuri, înainte și după intervenție. O mare importanță prezintă tehnica operatorie, care trebuie să fie cât se poate de sigură și precisă, o rupere sau smulgere trebuie exclusă.

După aceea autorul înșiră toate procedeele hemostatice, tamponarea logei sângerândă cu diferite substanțe: apă clocotindă, alcool, clorură de zinc, nitrat de argint; diferite compresoare, sutura stălpilor amigdalieni etc.

Între diferite substanțe care măresc coagulabilitatea (calciu clauden, ser de cal, ser gelatinos, transfuzie). Claudenul ar acționa mai mult local decât intravenos.

Autorul, la cazurile cu o coagulabilitate redusă, înaintea intervenției, infiltrează superficial tot câmpul operator cu soluție Clauden, folosind cam 5 c. c. de fiecare parte.

Această acțiune locală a claudenului i-a dat rezultate foarte bune, ne mai observând nici o hemoragie postoperatorie. Plaga în evoluția ei spre vindecare nu este influențată deloc prin această infiltrație.

Bolnavul poate părăsi camera în 6—7 zile.

Dr. Gârbea.

*

GINECOLOGIE

Trichomonas vaginalis în ciclul menstrual. De H. K. Zinser, Clinica ginecologică Jena: Geburtsh. u. Frauenheilkd. 1941 caetul Nr. 4, p. 188.

După diferite observațiuni, cu câteva zile înainte și după menstruație trichomonadele ar dispărea din secreția vaginală, pentru a apare după aceea din nou. Dar dacă se fac colorații după metoda lui Haidenhain (alun de fer-hematoxilină) în timpul menstruației, se găsesc totuși trichomonade, deși mai puțin numeroase ca de obicei. Această diminuare a numărului se constată în ziua a 2-a sau a 3-a a menstruației. O deplasare a formei trichomonadelor (flagelară-amoeboidă-kistică) în dauna forme flagelare a putut fi constatată. Recidivele leucoreei cu trichomonade nu pot fi puse în sarcina apariției unor forme rezistente la tratament, după cum au arătat cercetările. Mai degrabă trebuie să ne gândim la o reinfecție din alte focare (vezică, col, rect). Tratatamentul a fost făcut la început cu spălături de oxicianură (4 zile, de 2 ori pe zi), apoi se instalează glicerina boraxată 10% și se administrează *Devegan* pentru un timp mai îndelungat.

Colorația se face în modul următor: 2—3 minute sublimat la cald (2:1), pentru fixare, apoi se aplică pentru câteva minute pe frotiu alcool de 90°, pentru îndepărtarea cristalelor de Hg se introduce preparatul 15—30 de minute în alcool de 70° cu iodură de potasiu (până la colorație brun-deschisă), se trece apoi în alcool curat de 70° apoi alcool de 20°, clătire cu apă dist. și colorare 4—12 ore în soluția lui Haidenhain (hematoxilină 1, alcool absol. 10, apă dist. 90), care trebuie să fie făcută de cel puțin 4 săptămâni (roșu-cafeniu închis). Soluția trebuie să lucreze aproape 2 zile asupra preparatului. Se spală, după apă dist., cu alcool de 20°, apoi xylol și se montează sub lamelă, pentru a evita decolorarea.

*

VENEROLOGIE

Tratamentul sifilisului congenital. De B. Spiethoff. Clinica dermatologică Leipzig: Med. Welt 1941, Nr. 42, p. 1070.

În sifilisul congenital Sp., contrar celorlalți autori, întrebuințează sistemul prelungit al unei singure cure. Sugarii până în luna a 9-a primesc timp de 7 zile 0,125 gr. de Spirocid, apoi 4 zile pauză, apoi iarăși 7 zile Spirocid, 7 zile pauză și de aci încolo 7 zile tratament, 7 zile pauză, toate acestea cel puțin timp de 6 luni; la copilul de 9—12 luni dă în același ritm 0,185 iar la cel de 1—2 ani 0,25 gr. iar de la vârsta de 3 ani în sus 0,375 gr. (doza totală, după vârstă, cam 12,4—37 gr.). În cazul că acest tratament ar fi insuficient, dacă reacția B.W. rămâne încă pozitivă, dă bismut (Casbis) și anume în primul an de viață 0,1 cmc. crescând până la 1 cmc. la 14 ani, de 2 ori pe săptămână timp de 6 luni. În loc de Spiroid face Salvarsan. Dacă copilul are 3 ani. Salvarsan se dă copilului până la 8 ani 0,15 gr. Neosalvarsan, până la 13 ani 0,3 gr. și de la 14—17 ani 0,45 gr. Pentru a începe cura cu Salvarsan se dă preparatul de valeriană Recvalysat, și eventual cu 10 minute înainte de injecție Sympatol. La sfârșitul acestui tratament erau „asanați” 80% dintre sugari, 83% dintre copiii mici, 62% din copiii de școală și 32% din adulți, dintre cei cari nu fuseseră vindecați de 1 cură prelungită, au mai putut fi vindecați prin continuarea tratamentului 100% din sugari, 50% din copiii de școală și 80% din adulți.



OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

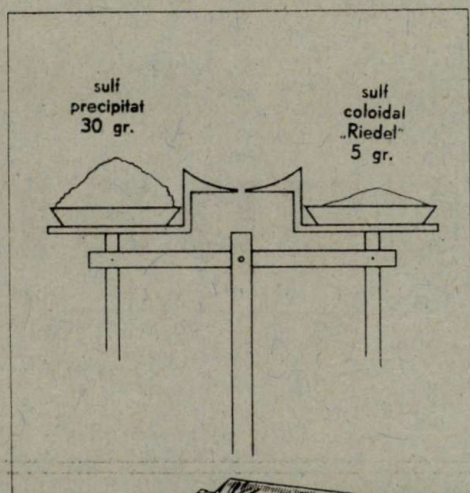
INLOCUEȘTE CARNEA CRUDA ȘI FIERUL

ADMIS IN TOATE SPITALELE DIN PARIS

DOZA : 1 lingură de supă înainte de fiecare mese

Depozit permanent : Drogueria Standard, Str. Sf. Ionică 8, București

CATAMIN



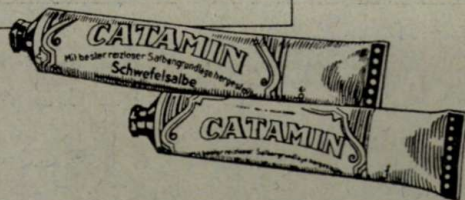
conține **SULF COLOIDAL**

Grație concentrației mici se evită iritațiunile.

Acțiunea puternică este asigurată prin dispersiunea în particule mici.

Indicațiuni:

Scabie
Pitiriază
Eczeme
Prurigo
Intertrigo
Acnee



Forme de prezentare: Tuburi de 30 și 55 gr.

J. D. RIEDEL E. de HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

Reprezentant pentru România: **RUDOLF FOREK**

București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

Remediu sigur pentru combaterea
gripei și a răcelii

ACITOPHOSAN

2—8 tablete pe zi

Synthoestrin

Tablete și fiole

Preparat oestrogen sintetic cu formula :

4.4' Dipropionil-oxi-a'fa-beta-dietil-stilben
acțiune identică cu a hormonului folicular

1 fiolă sau o tabletă = 1 mgr. substanță, corespunzând efectului a 10.000 U. I.
hormon folicular cristalizat.

În toate anemiile și în reconvalescență

Fercupar

Tablete

(fer, cupru, ficat, vitamina B)

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

GEDEON RICHTER S. A.

București V, strada Logofătul Tăut Nr. 99

— TELEFON 56903 —

Note și informațiuni

Premiul Behring al Universității din Marburg, o fundațiune pentru cercetătorii din țară și străinătate. Emil von Behring, descoperitorul serului antidifteric și întemeietorul seroterapiei, a murit în 1917, la Marburg (Laho), după ce desfășurase timp de 22 ani o activitate extraordinară de rodnică ca profesor de Igienă la Universitatea locală Philipps și ridicase în apropierea orașului uzinele de cercetări și de producție care îi poartă și azi numele. În amintirea acestui eminent medic german, Universitatea din Marburg, cu sprijinul uzinelor Behring, a creat acum premiul „Emil von Behring”, constând dintr-o medalie cu chipul cercetătorului și cu o sumă de 5000 RM. La 30 Ianuarie 1942, rectorul Profesor Dr. T. Mayer a făcut cunoscut această fundațiune, cu prilejul unei mari festivități academice în aula Universității. Premiul va fi acordat din 2 în 2 ani pentru diferite lucrări științifice în domeniul medicinei umane, medicinei veterinare și combaterea bolilor epidemice. Rectorul și-a exprimat dorința ca această importantă fundațiune să poată contribui la deschiderea unor drumuri noi în terapeutică, în spiritul lui Behring, care, fără a se lăsa turburat de vicisitudini și dușmăni, și-a consacrat întreaga viață cercetării științifice, luptând împotriva bolilor infecțioase.

Decrete și Decizii Ministeriale

Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

Prin Decretul Nr. 583 din 25 Febr. 1942, publicat în Mon. Of. Nr. 52 din 2 Martie 1942, domnul Dr. Basil Teodorescu, profesor titular la Clinica IV medicală a Facultății de Medicină din București, se numește, medic primar definitiv al Serviciului de clinică medicală de la Spitalul Colțea din București.

M. C. N. și Cultelor. Prin Decizia Ministerială Nr. 36 899 din 1942, d-l Petre V. Dănilă, șef de lucrări la Facultatea de Medicină din București, a rămas definitiv pus în retragere pe data de 1 Septembrie 1941 (publicată în Mon. Of. Nr. 54 din 4 Martie 1942).

M. M. S. O. S. Prin Decretul Nr. 643 din 28 Febr. 1942, publicat în Mon. Of. Nr. 54—4 Martie 1942, d-l Dr. Sbârcea Ion, medic secundar cu concurs la spitalul oftalmologic din Brașov, se transferă la spitalul „Gh. Mărzescu” din Brașov, secția gynecologie și obstetrică.

Prin Decretul Nr. 669, publicat în Mon. Of. Nr. 59 din 10 III. 1942, d-l Dr. Emanoil Titu Manicațide, asistent cu titlu provizoriu, la Clinica Infanțilă de pe lângă Facultatea de Medicină din București, se definitivează, pe data publicării în Monitorul Oficial a prezentului decret și pe termen de 5 ani, în postul ce ocupă.

Prin Deciziunea M. Cult. Naț. și Cultelor Nr. 38.561 din 1942, d-l Dr. Aurel Moga, șef de lucrări la Clinica II medicală de pe lângă Facultatea de Medicină din Sibiu, a fost confirmat cu titlu provizoriu pe data de 1 Aprilie 1942 în postul ce ocupă. Publicarea s'a făcut în Mon. Of. Nr. 65 din 17 Martie 1942.

Prin Deciziunea M. Cult. Naț. și Cultelor Nr. 50.667/1942 publicată în Mon. Of. Nr. 65 din 17 Martie 1942, d-l Gh. Tănăsescu, asistent suplinitor la Laboratorul de chimie biologică a Facultății de Medicină din București a fost confirmat pe data de 1 Iunie 1941 cu titlu provizoriu în postul ce ocupă.

În Mon. Of. Nr. 50 din 27 Februarie 1942, se aduce la cunoștința celor interesați că în luna Martie, se vor ține concursurile de externat și internat în București, Sibiu și Iași după cum urmează:

Concursurile de externat, Luni 30 Martie 1942, ora 9.

Concursurile de internat, Marți 31 Martie 1942, ora 9.

Numărul posturilor pentru care se țin aceste concursuri, adresarea cererilor cât și toate celelalte condițiuni sunt publicate în Mon. Of. mai sus menționat.

În Mon. Of. Nr. 60 din 11 Martie 1942, s'a publicat Regulamentul Nr. 6 pentru ocuparea posturilor de interni de spitale și Regulamentul Nr. 7, pentru ocuparea posturilor de externi de spitale.

În Mon. Of. Nr. 57 din 7 Martie 1942, s'a publicat Legea Nr. 179 pentru trecerea medicilor din serviciul ministerelor și instituțiile de Stat cu bugete proprii la M. M. S. O. S. și pentru unificarea normelor de încadrare și salarizare a acestor medici.

În Mon. Of. Nr. 57 din 7 Martie 1942, s'a publicat concursurile pentru medici secundari de spitale, ziua de 9 Aprilie 1942.

În Mon. Of. Nr. 58 din 9 Martie 1942, s'a publicat Tabloul farmaciilor vacante și Tabloul farmaciștilor reușiți la examen, iar în Mon. Of. Nr. 59 din 10 Martie 1942, s'a publicat modificările în fixarea circumscripțiilor farmaciștilor.

În Mon. Of. Nr. 59 din 10 Martie 1942, s'a republicat Codul Funcționarilor Publici „Regele Mihai I”.

În Mon. Of. Nr. 59 din 10 Martie 1942, s'a publicat Decretul Lege pentru înființarea unui „Impozit excepțional de Reîntregire”.

În Mon. Of. Nr. 66 din 18 Martie 1942, M. M. S. O. S. a publicat Legea Nr. 208 privind contractele de închiriere în care se exercită comerțul de farmacie.

Bibliografie

din sumarul revistelor streine primite la redacție

Wiener Klinische Wochenschrift, Nr. 6. vom 6. Februar, 1942.

Therapie der Sterilität: A. I. Amreich.
Psychisches Klima: F. Hamburger.
Operationsvorbereitung des Morbus-Basedow mit Dijodtyroxin: Markl K.
Untersuchungen über den Kalium- und Kalziumgehalt im menschlichen Serum: Jesserer H.

Nr. 7. vom 13. Februar, 1942.

Über Hauterscheinungen bei chronischen Leukosen und der Lymphogranulomatosis (Paltauf-Seternberg): H. Fuhs
Therapie der Sterilität (Schluss): A. I. Amreich.
Behandlung peripherer Zirkulationsstörungen mit menschlichem Keimdrüsenhormon: Ernst W.

Nr. 8. vom 20. Februar, 1942.

Über Schlaf und Schlafmittel: M. Crinis.
Die Grundsätze der nervenärztlichen Begutachtung in der Reichsunfallversicherung: P. Quensel.
Bioklimatische Probleme für den alpenländischen Arzt: Rudder.
Wie behandle ich die Zuckerkrankheit zeitgemäss?: Falta W.

Nr. 9. vom 27. Februar, 1942.

Blutkreislauf und Stoffwechsel: O. Müller.
Welche Erfahrungen wurden auf dem Gebiete der Erbpathologie und des Sterilisierungsgesetzes gewonnen?: M. Gundel.
Häufung der Ulcusperforationen seit Kriegsbeginn: A. Slany.
Kann die Sehnsucht des Praktikers nach einer einheitlich geregelten Säuglings-Standardkost Erfüllung finden?: A. Reuss.

Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 6. vom 6. Februar, 1942.

Über die Entstehung einiger Darmgifte bei der intestinalen Autointoxikation: Becher.
Zur Frage der Auslöschfähigkeit des Homoserans beim Scharlach: Strangmann.
Die Kontrolle der Diphtherie-Immunität mehrere Jahre nach der Schutzimpfung: Farago.
Wird durch Vakzination mit Bakterienimpfstoffen die Lebensfunktion beeinträchtigt?: Wilde.
Bluthochdruck als Gehirnfunktion: Sturm.
Massenuntersuchungen über den C-Vitamin-Haushalt: Luksch.
Kasuistischer Beitrag zur Salvarsanenzephalitis: Tidow.
Die Entschädigungsleistungen für Kriegsschäden bei den Ärzten: Wuth.

Nr. 7. vom 13. Februar, 1942.

Zur Frage des Eisenstoffwechsels und der Eisentherapie vom Standpunkte der inneren Medizin: Schultz.
Die Bedeutung des Eisenstoffwechsels für die Therapie: Albers.
Die perlinguale Applikation von Desoxycorticosteron in der Behandlung des Morbus Addison: Heni.
Die Behandlung der Hyperthyreosen mit Fluortyrosin: May.
Über die Bedeutung des Trainingsfaktors in der Gesamtkreislaufleistung alter Personen: Landen.

Die Schriftprobe als Spiegelbild der gewerblichen Quecksilbervergiftung: Holstein.
Probleme betriebsärztlicher Tätigkeit: Schembra.
Zur Scharlachprophylaxe: Brenner.

Nr. 8. vom 20. Februar, 1942.

Die Pathologie und Klinik der Hiatusbrüche: Berning.
Die Bedeutung des Eisenstoffwechsels für die Therapie (Schluss): Albers.
Erkennung und Beurteilung der chronischen Kohlenoxydvergiftung: Symanski.
Zur Diagnose und Differentialdiagnose des Myeloms durch Sternalpunktion: Kienle.
Das Blutsenkungsmantelrohr: Kiel.
Ein neuer Erklärungsversuch für die Thermalbäderwirkung: Schober.
Erklärung zur Frage der „naturgemässen“ Behandlung der Syphilis: Ziegler und Spiethoff.

Nr. 9. vom 27. Februar, 1942.

Zur Frage des Vitamine-C-Bedarfs: Kalk und Brühl.
Die Bedeutung des Ascorbinsäuregehaltes des Liquors cerebrospinalis vom Gesichtspunkt der Differentialdiagnostik: Wirth.
Die therapeutische Kurzwellenhyperthermie: v. Teubern.
Die Anzeigestellung zur chirurgischen Behandlung bei Erkrankungen der Harnorgane: Junghanns.
Über die Verwendbarkeit des Marfanil-Prontalbin-Puders in der Chirurgie: Stapf.
Appendostase?: Schoen.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, Nr. 4. vom 15. Februar, 1942.

Wie ist das öfter zu beobachtende Abklingen von Gallenblasenbeschwerden nach gynekologischen Operationen zu verstehen?: Prof. Dr. G. v. Bergmann.
Zur Bewertung der Geburtsschwierigkeiten alter Erstgebärender: Prof. Dr. H. O. Kleine.
Ischias als Unfallfolge: Dr. Irmgard Müller.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Nr. 6. vom 7. Februar, 1942.

Über tuberkulöse postprimäre Startkomplexe: Ph. Schwarz.
Die tuberkulöse Primärfektion bei Jugendlichen und Erwachsenen: St. J. Leitner.
Medikamentöser Verschluss des Ableitungsbronchus einer tuberkulösen Kaverne im Verlaufe einer Saugbehandlung nach Monaldi: Elisabeth Biaudef-Hedinger.
Die spezifische Frühdiagnose der Knochen- und Gelenktuberkulose: Prof. F. Cevey.
Zur Frage der konservativen Heilung der Nierentuberkulose: Willy Hofmann.
Note sur la pleurescopie et les sections d'adhérences: René Jeanneret et Andre Gilliard.
La pleuro-pneumolyse sub-fasciale par voie intra-thoracique: Dr. Michetti.
Causes d'effets évitables dans la collapsothérapie: Willy Froehlich.

Der Nachweis von Tuberkelbazillen im direkten Ausstrich, gefärbt nach Osol, betrachtet im Durckfeld, als Methode der Wahl: Heinrich Egli.

Nr. 7. vom 14. Februar, 1942.

Herrn Oberstdivisionär Dr. Eugen Bircher zum 60. Geburtstag: Ernst Baumann.

Das Syndrom von Waterhouse—Friderichsen (Nebennierenapoplexie): J. Landis.

Über Wundnachbehandlung: Rob. Wayer-Wildisen

Die tuberkulöse Primärfektion bei Jugendlichen und Erwachsenen (Schluss): St. J. Leitner.

Beziehungen zwischen Zuckerresorption und Phosphatstoffwechsel: L. Laszt.

Zur Frage des psychischen Geschehens im Schock: Hans Vespi.

Blindheit und Sulfanilsäure: Carl Hamburger.

L'emploi du C-Phos dans les troupes d'élite: P. Sausser-Hall.

Nr. 8. vom 21. Februar, 1942.

Die Behandlung des Bronchialastmas: C. Jimenez-Diaz.

Neuere Studie über Pellagra: G. Frontali.

Die medikamentöse Einleitung der Geburt: Hans Guggisberg.

Über Mandeloperation am Kind: Luzius Ruedi.

L'arthrits deformante de la hanche, son origine, son traitement: P. Nicod.

Pro et Contra der Sulfanilamidtherapie: Prof. R. Staechelin.

Étude expérimentale sur la sulfamidothérapie par voie intrapéritoneale: A. Jentzer et A. Calame.

Grundlage der Inhalationstherapie: Hans Fischer.

Über die wundheilende Wirkung der Porphirine: E. Bürgi

Nr. 9. vom 28. Februar, 1942.

Pathogénie des sciatiques et des brachialgies: G. de Morsier.

Das Syndrom von Waterhouse—Friderichsen (Nebennierenapoplexie) (Schluss): J. Landis.

Über die subtoxische, schwere Ernährungsstörung des Säuglings mit gelben Stühlen und paralytischem Ileus: W. Tobler.

Cibazol (Ciba 3714) in der kinderärztlichen Hauspraxis: Th. Baumann.

Erfahrungen über die Geschwückerkrankung des Magens und Zwölffingerdarms an der chirurgischen Universitätsklinik in Zagreb, Jugoslawien: Hugo Gjankovic.

Neue Erfahrungen mit Vollblutkonserven: Rudolf Bucher.

Die Medizinische Welt, Nr. 6. vom 7. Februar, 1942.

Der Allgemeinpraktiker als Psychotherapeut: Dr. K. Küpers.

Über die Verbesserungsmöglichkeit der Fussbekleidung und die Widerstände gegen ihre Verwirklichung: Prof. Dr. A. Basler.

Ein Fall von Stirnhirngliom mit klinischen Erscheinungen einer Hysterie: W. Lindenberg.

Krankengymnastische Nachbehandlung von Amputierten: E. Gerhardt.

Nr. 7. vom 14. Februar, 1942.

Prognose und Therapie der Portioerosion: Prof. Dr. H. Hinselmann.

Das Belastungselektrokardiogramm: Dr. Kienle.

Fehldiagnose bei Tonsillarschanker: Dr. H. K. Mayr.

Erfahrungen in der Rachitisprophylaxe und -therapie: Dr. P. Hoffmann.

Johann Peter Frank als Erzieher: Dr. H. Krauss.

Nr. 8. vom 21. Februar, 1942.

Über Entstehung und Behandlung des habituellen Aborts: Prof. Dr. H. Runge und Dr. A. Rösch.

Die Trichomonaden-Urethritis des Mannes in der Sprechstunde: Prof. Dr. W. Schönfeld.

Das Belastungselektrokardiogramm (II.): Dr. Kienle.

Nr. 9. vom 28. Februar, 1942.

Intestinale Autointoxikation, Dysbakterie und die lebenswichtige Anaerobiose des Darminnern: Prof. Dr. Kollath, Dr. W. Geiger und Dr. S. Kramer.

Behandlung der Nieren- und Uretersteine: Prof. Dr. Boshamer.

Lassen einzelne Blutungstypen in der Menarchezeit auf eine spätere Unfruchtbarkeit schliessen?: Doz. Dr. W. Breipohl.

Vorbeugende Fürsorge zur Bekämpfung des Krebses: Prof. Dr. Mayer.

Unzureichende ärztliche Hilfeleistung: Dr. M. Schläger.

Hippokrates, Nr. 6. vom 5. Februar, 1942.

Über Diabetsverlauf bei Kriegsernährung: Grafe.

Der Vitaminkomplex der Hagebutte: Kuhn und Gerhardt.

Nr. 7. vom 12. Februar, 1942.

Paracelsus-Feier an der Universität Tübingen: Stickl.

Biologisches Denken als Grundlage des Arztiums: Wetzel.

Was lehrt uns Paracelsus für die weitere Entwicklung der Medizin?: Neergard.

Ist Paracelsus in der Kaigasse 8 gestorben?: Bittel.

Nr. 8. vom 19. Februar, 1942.

Blutbildungsstörungen in der Schwangerschaft: Stodtmeister und Baum.

Über die Tuberkulinreaktion bei Kindern und ihre Bedeutung zur Ermittlung bisher unbekannter Ansteckungsquellen: Pereti.

Weitere Erfahrungen mit der Skoroditbehandlung der spinalen Kinderlähmung: zur Linden.

Aus der psychotherapeutischen Praxis: Hayer.

Paracelsus und die Niederlande: Oosterhuis.

Nr. 9. vom 26. Februar, 1942.

Blutbildungsstörungen in der Schwangerschaft. (I. Forts.): Stodtmeister und Baum.

Thomasschlackenmehlerkrankungen der oberen und der tieferen Luftwege und Massnahmen zu ihrer Verhütung: Schmidt.

Über die Bedeutung der Atmung für den Energiehaushalt des menschlichen Körpers: Haedicke.

Zur Geschichte des Lungen-Blutkreislaufes: Kapferer.

Der Landarzt, Nr. 5. vom 28. Januar, 1942.

Molkenkuren, ihre Begründung, Heilanzeigen und praktische Durchführung: Willy Weitzel.

Psychische Behandlung: Dr. Karl Briegleb.

Meinungsaustausch: Dr. F. Fiebig.

Fragekasten: R. Gutzeit.

Nr. 7. vom 11. Februar, 1942.

Zusatzbeiträge des Unternehmers bei erhöhter Erkrankungsgefahr im Betriebe: Dipl. Volkswirt Dr. jur. W. Schnatzenberg.

Der deutsche Pfeffer: Hans Lipp.

Nr. 8. vom 18. Februar, 1942.

Die örtliche und allgemeine Betäubung in der chirurgischen und geburtshilflichen Praxis des alleinstehenden Landarztes: Dr. R. Gutzeit.

Susatzbeiträge des Unternehmers bei erhöhter Erkrankungsgefahr im Betriebe: Dr. jur. W. Schnatenberg.

Wiener Medizinische Wochenschrift, Nr. 6. vom 7. Februar, 1942.

Wie behandelt man klimakterische Beschwerden? : Prof. Dr. Paul Werner.

Neue Wege in der Diagnostik und Therapie der Lues: Dr. A. Rottmann.

Nr. 7. vom 14. Februar, 1942.

Neue Wege in der Diagnostik und Therapie der Lues: Dr. A. Rottmann.

Pflanzliche Vitamin-C-Quellen bei fieberhaften Erkrankungen: Dr. István Telegdi.

Über den Kohlenhydratstoffwechsel während der CO-Vergiftung: Dr. J. Várady.

Mr. 8 vom 21. Februar, 1942.

Fortschritte und Ergebnisse mit der SA-Behandlung der otogenen Meningitis und anderer intrakranieller Verwicklungen: Prof. Dr. S. Unterberger.

Nr. 9. vom 28. Februar, 1942.

Bioklimatik und Siedlungsmöglichkeiten in den Tropen: Prof. Dr. R. Stigler.

Eine neue Reaktion für die Globulin-Untersuchung aus dem Liquor cerebro-spinalis (deutsch rumänisch): Doz. Dr. Gri-gorescu.

Verbrennungen und Verbrühungen bei Kindern: Dr. Jaroslav Slavik.

Folia Therapeutica, Heft 2. Februar, 1942.

CHLORO - CALCION

Laboratoires MICHELS - 4^{bis}, rue du Colonel Moll, PARIS.

O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ
80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIȚĂ DE CAFEA = 1GR $CaCl^2$



Hemostatic
Recalcifiant
Dechlorurant
DIRECT
ASSIMILABIL

LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPETII - VECHI NR. 1, BUCUREȘTI 3

CALCIRON TRENKA

Guajacol - Calciu - Sirop de Malt

Gust foarte plăcut. Îl iau cu plăcere și copiii mici.

Ambalaje originale de 100 și 300 gr.

Ambalajul de 300 gr. costă cât 2 de 100 gr.

EUCARBON TRENKA

Ambalaj original de 40 și 100 Tablete.

— Unul dintre cele mai probate și eficiente produse germane —

REPREZENTANT:

Mr. G. HIETSCH, Sibiu - Strada Gh. Coșbuc Nr. 15

Laborator chimico-farmaceutic

*Noua etapă a
terapeuticeii sulfamidate*

THIAZOMIDE

2090 - R.P. SULFATHIAZOL

PRODUS POLIVALENT BINE TOLERAT
DE ORGANISM

GONOCOCI - COLIBACILI
PNEUMOCOCI-MENINGOCOCI
STREPTOCOCI - STAFILOCOCI



*Intrebuintarea Thiazomidei reduce numărul
sulfamido-intoleranților și permite tratamente
de scurtă durată cu posologii mai ridicate.*

TUB CU 20 COMPRIMATE DE 0,50 GR.

Doza inițială zilnică: 4 la 8 grame.



SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES du RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON • PARIS • VIII^e

Propaganda Medicală „SPECIA” Str. Anastasie Simu, 6 — București (III)

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL

Anul XXIII

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

Secretar de redacție:

Dr. D. CĂPRIOARĂ

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Dr. I. Cosma, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. M. Teleman, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Conf. Dr. I. Voicu, Dr. V. Weindel.

**REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA:**

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Hailer Nr. 1
Telefon 45

Somniferul
cu efect sigur

chiar și în doze mici
($\frac{1}{2}$ tabletă), somn recon-
fortant și o deșteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE I. W.

Literatură și eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, București



*Chimioterapia perorală
a blenoragiei se face prin*

ALBUCID

simplu:

4 ori zilnic câte 2—3 tablete după masă

scurt:

durata tratamentului este de 4—5 zile

cu succes:

cota vindecării se urcă la cca 90 %

nevătămător: *

Din zeci de mii de cazuri nu s'a observat
ni ci-o vătămare



Desintoxicația care precedă parțial în corp, prin acetilizare la alte sulfonamide, la Albucid aceasta este anticipată. Totuși acetilizarea la Albucid este astfel executată încât, în contrast cu combinația inactivă acetilică ce ia naștere în corp, s'a obținut un preparat cu acțiune terapeutică simțitor mărită.

Ambalaje originale:

Tuburi cu 20 tablete conținând 0.5 g

Ambalaje pentru clinică cu 500 tablete

Albucid pentru injecții:

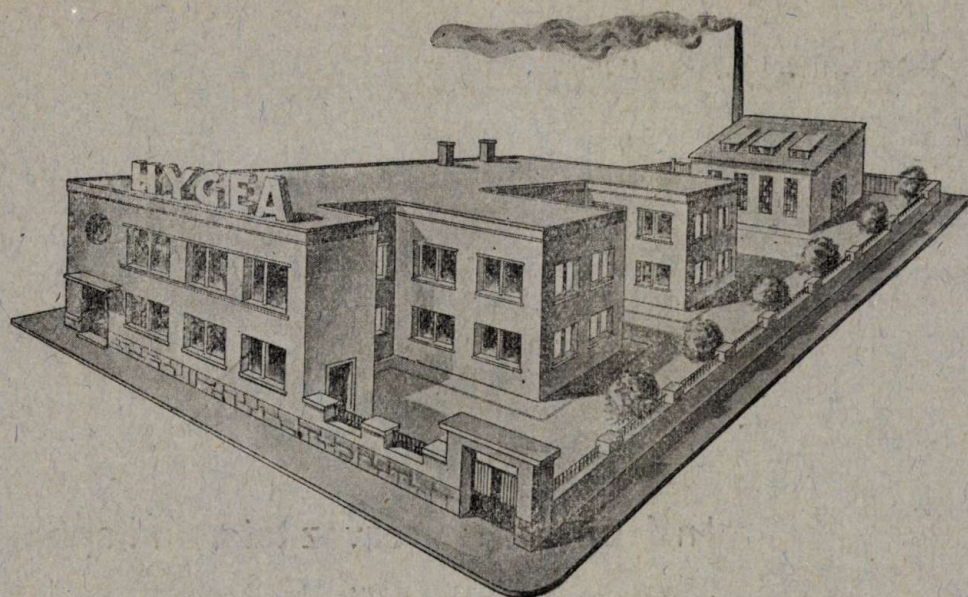
Cutie cu 5 fiole de 5 cmc.



S C H E R I N G A. G. B E R L I N

Biroul științific București, Str. Clémenceau Nr. 6

Tel. : 3.58.03 - 3.58.04 - 3.53.05



Anemie și debilitate generală

**Neurotonic, stimulent al digestiei și reconstituant
în afecțiuni debilitante**

ARSOTAL

DRAGÉE 40 ȘI 100

(Combinatie de Acid
arsenic, Extr. de
nuca vomica, Gua-
jacol și Ferr. lactic)

Medicament reconstituant

TONICUM HYGEA

SIROP

Combinatie de Vita-
mine, Extract de ficat,
Extract Cola, Nux
vomica, Calc. glyce-
rophosph., hidrați
de carbon și Vin.)



Fabrica Hygea-Cluj S. A. R.

București V

Splaiul Unirii 127

Telefon 4.22.44

ABASIN

SEDATIV DIURN

Indicațiuni: Nervozitate, indispoziție, anxietate, psiho-nevroze, neurastenie, turburări cardiace funcționale, turburări de origine arterioscleroasă, dismenoree, menopauză, precum și în intervențiile de chirurgie dentară.

Un remediu cu acțiune pur sedativă

Tuburi cu 10 și 20 tablete de 0,25 gr.

» *Bayer* «



LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România:

„ROMIGEFA“ S. A. R., București I, - Str. Brezoianu 53

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL :

Articole științifice :

Prof. Dr. Victor Papilian și Dr. Aurel Nana : Un nou tratament al cefaleelor	Pag. 181
Prof. Dr. Grigore Benetato : Contribuțiuni la studiul șocului insulinic	" 182
Dr. Liviu Ionașiu, Dr. Cornel Lungu și E. Măteș : Constituția morfologică a epilepticilor	" 188
Dr. Petre Țârlea : Sulfamidele în dermato-venerologie	" 191

Medicină de războiu :

Dr. M. Păunescu : Considerațiuni asupra activității echipelor volante chirurgicale în războiul actual	" 197
Dr. Crișan I. Mircioiu : Notă asupra evacuării răniților în campania actuală	" 199
Dr. Victor Mărtoiu : Considerațiuni asupra chirurgiei de războiu la un post de prim-ajutor batalionar în actuala campanie	" 204

Medicină preventivă :

Prof. Dr. Gh. Popoviciu : Principiile și postulatele fundamentale ale viitoarei organizări de ocrotire a familiei, mamei și copilului, în România	" 205
Dr. Gh. Gh. Vasilache : Cauzele mortalității infantile în România	" 207

Societăți medicale :	" 211
--------------------------------	-------

Revista cărților	" 213
----------------------------	-------

Igiena Universitară la Cluj de Conf. Dr. L. Daniello, Dr. N. Bumbăcescu și Dimitrie Tudoranu.
 — Cercetări privitoare la sănătatea fizică a studenților anului I dela Universitatea din Cluj, întreprinse în cursul anilor școlari 1936-37 și 1937-38, de Conf. Dr. Daniello și Dr. N. Bumbăcescu. — Dicționar medical de limbile germană și franceză de Ob. Med. Rat Dr. P. Schrober. — Cercetări antropologice asupra Moșilor dintre Arieș de V. Papilian și C. C. Velluda.

Revista revistelor	" 216
------------------------------	-------

Note și informațiuni	" 218
--------------------------------	-------

Decrete — Deciziuni. — Rezultatul Concursului de Secundariat ținut între 9-13 Aprilie 1942.

Bibliografie	" 219
------------------------	-------

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCHILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări

și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CA



RUBIAZOL
COLORANT AZOIC

este
**CEL MAI ACTIV și
COMPLET ATOXIC**

DOZA ZILNICĂ:
6-12 comprimate
2-3 fiole



LABORATOIRES DU DR. ROUSSEL-PARIS

Eșantioane Medicale și literatură la:

Reprezentanța generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA” S. A. R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREȘTI, III

Telefon 221.38

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Un nou tratament al cefaleelor

de

Profesor **Dr. Victor Papilian** și Asistent **Dr. Aurel Nana**

Lucrările încă nepublicate ale unuia din noi în colaborare cu Ioan Gabriel Russu ¹⁾ au arătat că nervii occipitali mari, sau, cum se numesc în mod obișnuit, nervii occipitali ai lui Arnold (ramurile posterioare ale nervilor perechi a doua rachidiene) au un rol în circulația umorală (sânge, lichid cefalo-rachidian) a creierului.

Cum lucrările experimentale mai sus numite întâmpină multe greutăți tehnice și rezultatele obținute sunt susceptibile de obiecțiuni încă, ne-am gândit să ne adresăm clinicii — bineînțeles cu toată prudența necesară — clinica putând reprezenta un mijloc de investigație foarte prețios când, fără să prejudicieze bolnavului, sau dimpotrivă, ajutându-l, să coopereze totdeauna la experiențele de laborator.

În acest scop ne-am adresat cefaleelor de diferite cauze. Mecanismul cefaleelor nu este cunoscut. Se știe că substanța cerebrală, atât cea cenușie cât și cea albă, este insensibilă la diferitele traumatisme operatorii (puncții, inciziile). După unii autori, cefaleele ar fi datorite anumitor alterațiuni anatomice sau funcționale ale durei mater; după alții ale piei mater și plexurilor coroidale.

Müller interpretând cercetările lui Ph. Stöhr, care a demonstrat existența unor aparate nervoase foarte numeroase în vasele piei mater și ale plexurilor coroidale, crede că acestea ar fi sensibile la augmentarea sau diminuarea presiunii lichidului cefalo-rachidian.

Ținând seamă de aceste date anatomo-fiziologice, cât și de experiențele noastre în curs, am propus anestezizarea nervilor occipitali numai în cazuri de cefalee.

S'a întrebuințat o soluție de novocaină 1—1,5%. Într'un punct situat cu 1 cm înăuntrul mijlocului liniei orizontale, care unește vârful apofizei mastoide cu linia mediană, se face o injecție în formă de evantalu cu

baza la osul occipital. Se anesteziază stratele superficiale și cele musculare mai profunde. Pentru anestezie s'a utilizat aproximativ 10—20 cmc din soluția de novocaină de 1—1,5% de fiecare parte.

S'a anesteziat nervul lui Arnold bilateral în 16 cazuri de cefalee, cele mai multe survenite după anestezie rachidiană; într'un caz era vorba de un abces cerebral în urma unei plăgi penetrante intracraniene, iar într'altul de o plagă a regiunii frontale cu schijă înclavată în osul frontal, având o reacție din partea meningelor.

După injecția de novocaină în toate cazurile durerile au trecut după câteva minute. În două cazuri au revenit după 4—6 ore, însă prezentau o intensitate mai redusă. În toate celelalte cazuri bolnavii n'au mai acuzat nici o durere de cap, după injecție.

Iată două dintre observațiile noastre:

a) D. N., 32 ani, internat în Serviciul Spitalului Militar Sibiu pentru o schijă înclavată în osul frontal, prezentând o ostetă consecutivă a frontalului și o leziune a meningelui. Bolnavul acuza dureri de cap pentru care i s'au administrat calmante. După trepanație și extracția schije durerile de cap au persistat.

Se face anestezia nervului lui Arnold și durerile au dispărut instantaneu, fără a mai reveni.

b) T. Gh. a fost operat de o hernie inghinală, făcându-l-se rachianestezie. După operație la trei zile — mai ales când se ridică — prezintă dureri de cap atroce cu amețeli și diplopie. A patra zi se anesteziază nervul lui Arnold. Durerile ca și diplopia au dispărut imediat și bolnavul se ridică fără nici o acuză. După 6 ore durerile au revenit, însă nu erau așa de intense și bolnavul nu a mai prezentat diplopie. Durerile au cedat complet după 36 ore dela injecție.

¹⁾ Victor Papilian și Ioan Gabriel Russu: Mecanismul circulației lichidului cefalo-rachidian.

Concluziuni.

1. Anestezierea nervilor suboccipitali ai lui Arnold produce o dispariție a cefaleei la câteva minute după injectarea anestezicului.

2. Rezultatele sunt foarte demonstrative în cefaleele produse de rachianestezie, ele sunt bune și în cefaleele de altă natură (abcès cerebral, plaga penetrantă intracraniană etc.).

RESUMÉ**Un nouveau traitement de la céphalée**

1. L'anesthésie des grands nerfs occipitaux d'Arnold produit une disparition de la céphalée dans quelques minutes après l'injection d'anesthésique.

2. Les résultats sont très démonstratifs dans les céphalées produites par la rachianesthésie, ils sont aussi bons dans les céphalées d'autre origine (abcès cérébral, plaie pénétrante intracranienne etc.).

ZUSAMMENFASSUNG**Eine neue Behandlung der Kopfschmerzen**

1. Die Anästhesie der occipitalen Nerven von Arnold bewirkt das Aufhören der Kopfschmerzen einige Minuten nach der Injektion mit dem Anästesicum.

2. Die Ergebnisse bei den nach der Rachianästhesie entstandene Kopfschmerzen sind sehr überzeugend und auch bei Kopfschmerzen anderer Herkunft sind sie zufriedenstellend (Gehirnabcess, etc.).

Contribuțiuni la studiul șocului insulinic

Acțiunea șocului insulinic asupra respirației scoarței cerebrale și a regiunilor subcorticale

de

Profesor **Dr. Grigore Benetato**

I. Introducere

Mecanismul de acțiune a șocului insulinic asupra sistemului nervos este puțin lămurit.

Cercetările de până acum au arătat că toate simptomele narvoase declanșate de acest șoc sunt datorite modificărilor profunde survenite în metabolismul creierului din cauza aportului insuficient de glucide. Se știe că la baza activității sistemului nervos sunt procesele metabolice intense care se fac indeosebi pe socoteala hidraților de carbon. Utilizarea hidraților de carbon de către substanța narvoasă a fost evidențiată pe om și animale „in vivo”, prin dozarea glucozei din sângele aferent și eferent al creierului (diferența carotico-jugulară), și „in vitro”, prin determinările făcute pe secțiuni de creier (*Gerard—Schachter, Myerson—Dameshek, Kerr—Ghantus, Himvich* și colaboratorii).

Aceste lucrări au arătat că din toate organele creierul metabolizează cantitățile cele mai mari de glucide, utilizând din fiecare litru de sânge ce-l străbate aproximativ 10 ctg. de glucoză. Țesutul nervos utilizează nu numai glucoza din sânge, dar și glucidele proprii. Glucidele din substanța narvoasă, spre deosebire de cele din alte organe, prezintă o stabilitate deosebită, asigurând prin aceasta desfășurarea normală a proceselor metabolice din creier.

Conținutul creierului în glucide este mai mult sau mai puțin constant, variind în condițiuni fiziologice la câini între 1—1,5 gr. % pentru glicogen și 0,5—0,75 gr. % pentru zahăr reductor (*Page, Takahashi, Kerr—*

Ghantus) și nu se schimbă sub acțiunea hipoglicemiantă a diferitelor substanțe (peptonă, florizină, strichnină), care determină o scădere considerabilă a hidraților de carbon din toate organele, cu excepția creierului.

Degradarea hidraților de carbon în creier se face prin fermentația lactică urmată de oxidarea produsilor fermentației, sau prin oxidarea hidraților fără o prealabilă fermentație, adică fără formarea de acid lactic. Pentru existența acestui din urmă proces, caracteristic numai țesutului nervos, pledează faptul că substanțele care împiedică esterificarea glucozei și oxidarea acidului lactic, cum sunt florizina, acidul nicotinic, hidroxiimalonatul de sodiu, nu scad utilizarea oxidativă a glucozei din creier, ceea ce dovedește că degradarea glucidelor în creier se face și pe altă cale decât cea a fermentației lactice (*Lundsgaard, Himvich* și colaboratorii, *M. Jowett—I. H. Quastel*). Catabolizarea intensă a hidraților de carbon în creier implică și o consumare ridicată de O_2 .

Intr'adevăr din cercetările mai vechi făcute pe câini de *Gayda, Yamakita*, cât și din cele recente făcute prin determinarea conținutului în O_2 și CO_2 al sângelui carotidian și jugular la animale și om de către *London, Dameshek—Myerson, Himvich*, rezultă că în stare de repaus creierul fixează din fiecare litru de sânge cam 62—100 cm.³ de O_2 și eliberează aproximativ aceeași cantitate de CO_2 , valoarea conținutului respirator al substanței narvoase fiind egală cu 1.

Dacă ținem seama că debitul circulator al creierului, determinat la câini de *Gayda* și *Rieser* variază între 100—140 cm.³ de sânge pe minut pentru fiecare 100



Impotriva turburărilor menopauzei

Klimakton «Knoll»

Influențând simultan sistemul glandular și cel nervos, modificările fiziologice ale organismului devin suportabile.

Tuburi cu 20 dragee
Flacoane cu 50 dragee

De 3 ori pe zi câte 1-2 dragee;
se vor înghiți nemestecate.



KNOLL A.-G.
LUDWIGSHAFEN/RIN.

Eșantioane și literatură prin:
»KNOLL« S.A.R.
Produse chimico-farmaceutice
Str. Atena 29, București III.



Scillozal

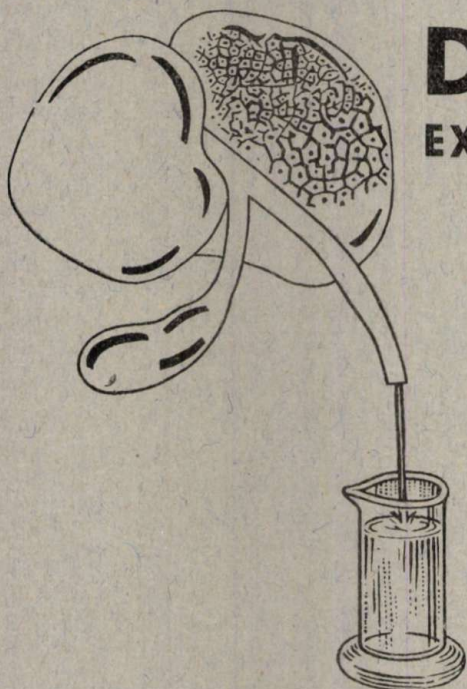
Glicosidul cardiac
maniabil cu mari po-
sibilități de dozare.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT · CHEM. FABRIK · BRACKWEDE



Literatură și eșantioane vă
stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, București



DECHOLIN

EXPERIMENTAT ANI DE ZILE

COLERETIC
COLAGOG
DIURETIC



J. D. RIEDEL-E. DE HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ
REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK
BUCUREȘTI 3, STR. G.-RAL EREMA GRIGORESCU, 6

gr de țesut cerebral, putem concluda că creierul de om consumă pe zi aproximativ 200 gr. de hidrați de carbon și 130 litri de O_2 .

La baza activității cerebrale este deci un proces metabolic intens constând din utilizarea oxidativă a hidraților de carbon. Orice deranj survine în utilizarea hidraților de carbon sau în respirația cerebrală se repercutează asupra funcțiunii creierului. Astfel hipnoticele (eter, alcool) provocând mobilizarea glucidelor din celula nervoasă și diminuarea consecutivă a respirației, deprimă activitatea cerebrală, iar tiroxina accentuând degradarea hidraților de carbon și utilizarea oxigenului din centrul nervos, o exagerează. (Quastel—Wheatley, Cohen, Alwall).

Acțiunea șocului insulinic asupra metabolismului cerebral constă în faptul că acesta scade conținutul substanței nervoase în glucide și în același timp provoacă o micșorare în utilizarea glucidelor și a oxigenului în creier, micșorare care merge paralel cu intensitatea șocului insulinic.

Influența dozelor mari de insulină asupra metabolismului glucidelor și a respirației cerebrale a fost studiată prin cercetări făcute pe animale și pe om de către Gerard, Himvich, Myerson și Dameshek. Aceste cercetări au arătat că diferența între glicemia carotidiană și cea jugulară, care în mod normal la om și la câine este egală cu 10 ctg. la un litru de sânge, scade până la 3 ctg. în stare de comă insulinică. Această scădere este însoțită în mod regulat și de o diminuare consecutivă a consumului de O_2 , care în condițiile de mai sus se coboară de la 9,3% până la 3,8%.

Paralel cu modificările metabolice șocul insulinic provoacă o serie de modificări în funcțiunea creierului datorite inhibiției, excitației și alterării funcționale a centrilor nervoși. Simptomatologia șocului insulinic se caracterizează prin turburări motrice (pareze, tremurături, contracțiuni clonice localizate și generalizate, nistagm, strabism, contracțiuni epileptiforme, mișcări coreiforme și atetotice, hipertonia musculară, spasmele tonice și de torsune); turburări senzitive și senzoriale (diminuarea sensibilității exteroceptive, agnoziile senzoriale, halucinații, turburări de percepere mergând până la depersonalizare); turburări de conștiință și afectivitate și de activitate psihică în general, studiate în deosebi pe persoanele normale de către E. Küppers (somnolență, obnubilăția conștiinței, stupoare și comă, indiferență și desinteresare, astenie, adinamie și silă pentru orice activitate, lipsă de idel, dificultate de concentrație și de concepție, scăderea și dispariția memoriei, asociații iraționale), și în fine prin turburări organo-vegetative (salivație, transpirație, tachicardie, bradicardie, midriază, mioză etc.). Toate simptomele de mai sus dispar după administrarea glucozei, care înlătură hipoglicemia, restabilind prompt metabolismul normal și activitatea creierului. Numai în cazul

rilor cu totul excepționale coma se prelungește și după restabilirea glicemiei, stare cunoscută sub numele de comă ireversibilă sau comă insulinică hiperglicemică. (I. Worthis—R. Lambert). Aceasta ar fi datorită, după autorii cari au studiat-o, lipsei unor substanțe de natură necunoscută, necesare activității cerebrale, cari se consumă în timpul comei insulinice. În sprijinul ipotezei de mai sus pledează faptul că comele insulinice hiperglicemice se tratează cu succes prin transfuzie sanguină.

II. Cercetări personale

Cel mai mulți cercetători cari au studiat acțiunea șocului insulinic, au urmărit îndeosebi modificările metabolice care interesează creierul în întregime (determinarea diferenței carotico-jugulare) fără să dea atenție deosebită schimbărilor cari survin în procesele metabolice din diferite porțiuni ale encefalului. Numai scoarța cerebrală a fost obiectul studiului special făcut „in vitro” pe șobolani și câini de către Holmes și Worthis, cari au arătat că șocul insulinic deprimă respirația corticală.

În lucrarea de față noi ne-am propus să studiem acțiunea comparativă a șocului insulinic asupra respirației diferitelor formațiuni encefalice. Pentru acest studiu noi am ales porțiunile cele mai caracteristice din punct de vedere funcțional, cum sunt scoarța cerebrală, centrul motricității voluntare al sensibilității conștiente și al activității psihice de ordin superior, ganglionii de bază cu centrul motricității și sensibilității elementare și în fine hipotalamusul cu centrul organo-vegetativ superior. Cercetările noastre ni s-au părut cu atât mai interesante cu cât stabilirea acțiunii pe care șocul insulinic ar avea asupra metabolismelor cerebrale regionale, ar putea, credem noi, să ne dea lămuriri asupra modificărilor funcționale survenite în diferiți centri nervoși din encefalul în timpul șocului, lărgind prin aceasta, într-o măsură cunoștințele noastre asupra mecanismului de acțiune a șocului insulinic în general.

Cercetările s-au făcut pe câini adulți, dintre cari unii au fost supuși șocului insulinic, iar ceilalți n-au fost injectați, servind de control. Intensitatea respirației s-a determinat pe fragmente de substanță nervoasă vie cu metoda lui Warburg. Recoltarea materialului necesar determinărilor s-a făcut după un singur șoc insulinic în plină comă, la 2½—4½ ore după administrarea de insulină și la 1—1½ ore după începutul crizei hipoglicemice. Cantitatea de insulină administrată a variat între 20 și 35 de unități pe un kg. de greutate vie. Înainte de sacrificare animalele de experiență au fost ținute timp de 24 ore în stare de înaniție. Sacrificarea animalelor s-a făcut de cele mai multe ori printr-o sângere rapidă de 2—3 minute, după care, animalul fiind încă în viață, se proceda la deschiderea calotel craniene și ridicarea encefalului. Creierul a fost curățat de pia-mater și spălat de câteva ori în serul Ringer și

secționat cu briciul după tehnica lui Warburg. Materialul întrebunțat de noi pentru măsurarea respirației au fost fragmentele de substanță cenușie ridicate din diferitele formațiuni ale creierului. Segmentele de scoarță au fost ridicate din lobul frontal, cele din nucleul caudat din partea intraventriculară anterioară și centrală a nucleului, după o prealabilă ridicare a epiteliului ependimar. Talamusul a fost secționat din partea mijlocie (centrală), iar fragmentele hipotalamice recoltate din substanța cenușie din jurul infundibulului (regiunile tuberală supraoptică și mamelară). Pentru fiecare determinare s'au întrebunțat de obicei 6—8 secțiuni cu greutatea uscată de 3—8 mgr. Determinările s'au făcut în soluția Ringer (94 părți ClNa 0,9%; 2 părți ClK 1,15%; 2 părți Cl₂Ca 2,4%; 2 părți CO₂HNa 1,3%), lipsită de glucoză, alcalinizată cu bicarbonat de sodiu și saturată cu O₂, la temperatura de 38°.

Pentru a evita greșelile datorite modificărilor spon-

tane survenite după un timp oarecare în respirația țesutului cerebral „in vitro”, modificările care după Gerard—Brookens—Ectors, reprezintă unul din neajunsurile de seamă ale metodelor de măsurare „in vitro”, noi am făcut prepararea materialului și măsurarea respirației atât la animalele martore cât și la cele tratate cu insulină într'un timp fix. În toate cazurile prepararea secțiunilor a durat timp de o oră, iar măsurarea consumului de oxigen timp de 30 minute.

Ca să ne convingem de eficacitatea măsurilor de precauție luate, noi am făcut citirea rezultatelor la intervale de câte 5 minute, observând întotdeauna o consumare uniformă a oxigenului. Intensitatea respirației a fost exprimată în mm³ și raportată la un gram de țesut viu și timp de 1 oră.

Rezultatele obținute la animalele martore sunt trecute în tabela Nr. 1, iar cele dela animalele supuse șocului insulic în tabela Nr. 2.

Tabela I. — Animale martore

Consumarea O₂-ului exprimată în mm.³ O₂ și raportată la 1 gr. țesut proaspăt și timp de 1 oră. (Soluție Ringer fără glucoză)

Data experienței	Numărul, greutatea și sexul animalelor	Scoarța cerebrală	Nucleul caudat	Talamus	Hypotalamus
26 VI 1941	Cățea 130, 16 kg.	1584	—	—	1065
28 VI 1941	Câine 131, 9,5 „	1673	—	—	1384
4 VII 1941	Câine 132, 5 „	1484	—	—	1150
5 VII 1941	Cățea 133, 7 „	1764	—	—	—
1 II 1942	Cățea 143, 15 „	—	1650	1480	—
24 II 1942	Cățea 144, 15,5 „	—	1452	1492	—
26 II 1942	Câine 145, 20 „	—	1558	1140	—
28 II 1942	Câine 146, 12 „	—	1491	1150	—
Cifra medie		1626	1538	1315	1199

Tabela II. — Animale tratate cu insulină

Consumarea O₂-ului exprimată în mm.³ O₂ și raportată la 1 gr. țesut proaspăt și timp de 1 oră. (Soluție Ringer fără glucoză)

Data experienței	Numărul, greutatea și sexul animalelor	Cantitatea de insulină în unități, administrată pe 1 kg. de greutate	Intervalul la care s'a făcut sacrificarea animalelor		Scoarța cerebrală	Nucleul caudat	Talamus	Hypotalamus	Observații
			După administrarea insulinei	După începerea crizei					
8 VI 1941	Câine 125, 9,5 kg	20 Schering	7 h	5 h	640	—	—	1015	
29 VI 1941	Câine 126, 6,5 „	20 Insugerman	4 h 30'	2 h	1103	—	—	1305	
30 VI 1941	Câine 127, 7,5 „	20 Schering	2 h 30'	1 h 15'	920	—	—	1265	2 șocuri
1 VII 1941		10 „	3 h 30'	2 h	1190	—	—	860	
6 VII 1941	Cățea 128, 12,8 „	10 Leo	3 h 30'	2 h	1190	—	—	860	
24 II 1942	Cățea 154, 15,4 „	25 Novo	3 h 30'	1 h 30'	—	1244	1242	—	Comă accentuată glicemie din sinus long. superior 0,33 gr 0/100
25 II 1942	Câine 155, 5,5 „	35 Novo	3 h 30'	1 h 30'	—	1044	1080	—	Comă accentuată
28 II 1942	Câine 156, 8,5 „	30 Novo-Insugerman	3 h 15'	45'	—	920	890	—	
Cifra medie					963	1081	1075	1111	

Valorile medii exprimând intensitatea respirației în diferitele părți ale creierului, obținute la animalele martore și la cele supuse șocului insulinic, cât și diferența între aceste valori exprimată în procente, sunt trecute în tabela Nr. 3.

Tabela III. — Valorile medii

exprimând consumarea O_2 -ului pro 1 gr. de țesut viu și 1 oră în mm^3 la animale martore și cele tratate cu insulină

	Scoarța cerebrală	Nucleul caudat	Talamus	Hypotalamus
Animale martore	1626	1538	1315	1199
Animale supuse șocului insulinic	963	1081	1075	1111
Diferență în procente	-41%	-30%	-18%	-7%

După cum se vede din datele obținute la opt animale martore, consumul oxigenului în formațiunile encefalice examinate de noi, este înegal, fiind cel mai ridicat în scoarța cerebrală (1626), ceva mai mic în nucleul caudat (1538), mult mai puțin exprimat în substanța nervoasă din talamus (1315) și cel mai coborât în cea din hipotalamus (1199).

Comparând aceste date cu cele obținute la animalele supuse șocului insulinic, constatăm că acesta modifică profund și neuniform activitatea metabolică din diferitele părți ale creierului. Într'adevăr din cifrele obținute la 7 câini tratați cu insulină, reiese că șocul insulinic produce o scădere exprimată în respirația

III. Discutarea rezultatelor

Constatările noastre referitoare la acțiunea înegală a insulinei asupra activității metabolice a encefalului justifică o discuție largă a concepțiilor actuale despre mecanismul fiziologic de acțiune a șocului insulinic. Într'adevăr dacă diminuarea proceselor oxidative din substanța nervoasă ar fi cauzată numai de aportul insuficient al glucidelor, după cum susțin cei mai mulți autori (Baudouine, Himvich, Myerson, Damishek) în baza cercetărilor făcute prin determinarea diferenței carotico-jugulare (W. Damishek, A. Myerson, H. Himvich) și lucrărilor lui Holmes, după care consumul oxigenului de substanțe nervoasă „in vitro” este direct proporțional cu concentrația zahărului din soluția Ringer, atunci, având în vedere repartizarea egală a sângelui hipoglicemic în substanța nervoasă, acțiunea șocului insulinic asupra respirației substanței nervoase din diferitele părți ale creierului ar fi trebuit să fie uniformă.

Ca să explicăm acțiunea neuniformă a insulinei asupra metabolismului creierului, rămânând în cadrele concepției existente, am putea presupune că acțiunea de mobilizare pe care insulina o exercită asupra glicogenului din substanța nervoasă, acțiune constatată de Takahashi și Kerr—Ghantus, ar fi înegală. În acest din urmă caz însă readucerea țesutului nervos într'un mediu glucozat ar fi trebuit să restabilească intensitatea proceselor oxidative. Ca să verificăm presupunerea de mai sus, noi am făcut determinarea consumului de oxigen tot pe materialul recoltat de la animalele supuse șocului insulinic, lucrând însă în soluția Ringer cu 2%/₀₀ glucoză.

Rezultatele obținute sunt trecute în tabela Nr. 4.

Tabela IV. — Animale tratate cu insulină

Consumarea O_2 -ului exprimată în $mm^3 O_2$ pro 1 gr de țesut proaspăt și timp de 1 oră. (Soluție Ringer + 2%/₀₀ glucoză)

Data experienței	Numărul, greutatea și sexul animalelor	Cantitatea de insulină în unități, administrată pe 1 kg. de greutate	Intervalul la care s'a făcut sacrificarea animalelor		Scoarța cerebrală	Hypotalamus
			După administrarea insulinei	După începerea crizei		
12 XI 1941	Câțel 134, 8,5 kg	30 Schering	4 h 30'	2 h	1184	1219
14 XI 1941	Câine 135, 11 „	30 Schering	4 h 30'	1 h 45'	—	1213
26 XI 1941	Câine 136, 14 „	25 Schering—Novo	3 h	1 h 30'	1320	1257
12 II 1942	Cățea 137, 7,8 „	20 Insugerman	4 h 30'	3 h 30'	1031	1193
Cifra medie . . .					1178	1220

scoarței cerebrale (-41%) și într'o măsură mai mică în cea a nucleului caudat (-30%), micșorează puțin intensitatea proceselor oxidative din talamus (-18%) și nu influențează aproape de loc respirația hipotalamusului (-7%).

Din cifrele trecute în tabela Nr. 4 reiese că respirația scoarței cerebrale provenită de la animalele supuse șocului insulinic se mărește puțin (+18%) prin adăugare de glucoză și nu atinge nici într'un caz valorile normale.

Faptul că respirația scoarței, diminuată prin șocul insulinic, nu revine chiar după plasarea țesutului cortical într'un mediu glucozat, dovedește că scăderea activității metabolice a scoarței, observată în urma șocului insulinic, ar fi provocată nu numai de aportul insuficient și epulzarea substratului energetic, ci și de alți factori secundari.

Nu este exclus, că în condițiile noastre de experimentare, șocul insulinic produce schimbări în desfășurarea proceselor fermentative și influențează chiar integritatea structurală a sistemului nervos, provocând modificări ce nu pot fi înlăturate nici prin aportul larg de glucide. În acest sens pledează și rezultatele observațiilor clinice și cercetărilor anatomo-patologice. Într'adevăr observațiile clinice, în special cele făcute de *Worthis-Lambert*, relevă existența unor come insulinice ireversibile, numite și hiperglicemice în care glucoza administrată în cantități mari nu este în stare să întrerupă șocul. Tot în acest sens se interpretează și complicațiile nervoase persistente, survenite la diabetici, chiar după o singură reacție comatoasă, caracterizate prin exagerarea reflexelor tendinoase, abolirea celor abdominale și turburări de vorbire foarte accentuate (*Baker*). În fine pentru existența alterațiilor nervoase postinsulinice grave pledează și rezultatele cercetărilor anatomo-patologice făcute pe bolnavi sucombați în urma șocurilor repetate, provocate în scop terapeutic sau survenite în mod spontan din cauza hiperplaziei țesutului pancreatic endocrin, sau chiar pe diabetici morți în urma unei singure come hipoglicemice prelungite (*Wohllwill, Terplan, Bodechtel; Baker, Salm, Morsier-Moser, Kobler*). Toate cercetările de mai sus evidențiază existența alterațiilor cerebrale accentuate localizate în deosebi în scoarță și caracterizate prin fragmentarea protoplasmului, cromatoliză, plenoza nucleilor, demielinizarea axonilor și proliferarea focală și difuză a neuroglijei, modificări asemănătoare acelor care au fost observate la om și animale în urma anemiei cerebrale accentuate. Ori care ar fi mecanismul prin care șocul hipoglicemic micșorează intensitatea reacțiilor metabolice din creier, cert este că sensibilitatea țesutului cerebral la acțiunea șocului variază după regiuni, fiind mai mare în părțile superioare, mult mai mică în părțile profunde ale creierului. Această reacție inegală a diferitelor formațiuni encefalice la șocul insulinic produce o adevărată inversare în activitatea metabolică a creierului. Într'adevăr din cercetările noastre reiese că la animalele normale activitatea metabolică a creierului scade de sus în jos, fiind cea mai mare în scoarță cerebrală și cea mai mică în hipotalamus; pe când la cele supuse șocului insulinic ordinea se inversează, hipotalamusul devenind sediul activității metabolice celei mai intense.

Rezultatele cercetărilor noastre ne permit să facem

oarecari considerațiuni asupra mecanismului de acțiune terapeutică a șocului insulinic în general.

Între numeroasele concepțiuni ipotetice elaborate până în prezent în legătură cu acțiunea terapeutică a șocului insulinic este și concepția susținută de către școala fiziologică și psihiatrică din Zürich (*Hess, Maier, Wespi, Pfister*) după care efectul terapeutic al șocului insulinic în general și în cazul schizofreniei în special se datorește acțiunii de refacere pe care șocul insulinic o are asupra sistemului nervos organo-vegetativ.

În sprijinul concepției de mai sus se aduc rezultatele numeroaselor cercetări clinice făcute pe bolnavi schizofrenici. Astfel *Pfister*, studiind reacțiile organo-vegetative provocate prin diferite probe la schizofrenici (reacția cardio-vasculară, capilară, termică, hiperglicemică, proba de diluție și concentrație), ajunge la concluzia, că în primele faze ale maladiei cât și în episoadele acute, caracterizate prin excitații psihomotrice vii, se produce o exagerare a mecanismului de reglementare a tonusului organo-vegetativ cu reacția pronunțată a sistemului simpatic (ergotropă); pe când în ultimele faze ale maladiei se constată o inerție totală a acestui sistem. Șocurile insulinice aplicate în prima perioadă a boalei ar limita, după acest autor, excitabilitatea mărită a sistemului simpatic și ar feri astfel sistemul vegetativ de epulzarea ulterioară. De asemenea și *Wespi* studiind prin diferite probe (reacția pupilară, secreția salivară și sudorală etc.) reacția sistemului organo-vegetativ în stare de șoc ajunge la concluzia că aceasta produce o trezire a întregului sistem, care se traduce prin fluctuații mari ale tonusului vegetativ. Cum acționează însă șocul insulinic, cercetările de mai sus n'au precizat. Lucrarea de față completează cercetările precedente, constituind o bază experimentală pentru concepția după care șocul insulinic acționează prin intermediul sistemului nervos simpatic-parasimpatic. Într'adevăr din rezultatele obținute de noi reiese că în stare de șoc insulinic procesele metabolice cele mai intense se petrec în hipotalamus, adică în acea porțiune a diencefalului, care stimulează activitatea întregului sistem organo-vegetativ și endocrin și reglementează funcțiunile mari (hipnogenă, termoregulatorie, metabolismul hidric), având, datorită influenței pe care o are asupra vaso-motricității scoarței cerebrale, asupra desfășurării reacțiilor instinctive (organo-vegetative superioare) și prin funcțiunea hipnogenă pe care o coordonează un rol în exteriorizarea și regularea activității psihice (*Lehrmitte, Hess, van Bogaert*).

IV. Concluziuni generale.

Din cercetările noastre făcute pe câini normali și cei supuși șocului insulinic rezultă următoarele:

1. La animalele normale consumul oxigenului în diferitele părți ale encefalului (scoarță, nucleul caudat,

talamus și hipotalamus) este inegal, fiind mai mare în părțile superioare, mai mic în cele mai profunde ale creierului.

2. Șocul insulinar micșorează intensitatea proceselor metabolice din creier. Acest efect se datorește aportul insuficient de glucide la care se mai adaugă un alt mecanism de acțiune secundar încă nelămurit.

3. Sensibilitatea țesutului cerebral la acțiunea șocului insulinar variază după regiuni, fiind mai mare în părțile superioare, mai active din punct de vedere metabolic, mult mai mică în părțile mai profunde ale creierului.

4. Această reacție inegală a diferitelor formațiuni encefalice la acțiunea șocului insulinar produce o adevărată inversare în activitatea metabolică a creierului. Într-adevăr din cercetările noastre reiese că la animale normale intensitatea proceselor metabolice din creier scade de sus în jos, fiind cea mai mare în scoarță cerebrală, cea mai mică în hipotalamus, pe când la cele supuse șocului insulinar ordinea se inversează, hipotalamusul devenind sediul activității metabolice celei mai intense.

5. Constatarea din urmă constituie o contribuție experimentală care vine în sprijinul concepției lui Maier, Hess, Pfister, după care efectul terapeutic al șocului insulinar ar fi datorit acțiunii pe care o are asupra sistemului nervos organo-vegetativ.

(INSTITUTUL DE FIZIOLOGIE AL FACULTĂȚII DE MEDICINĂ CLUJ-SIBIU)

Bibliografie

A. Baker, Am. J. of Psych., 1939. Bd. 96. — Z. Baker, J. Fazekas u. H. Himwich, Ber. Physiol., 1939. Bd. 111. — W. Beiglböck u. Th. Dussig, Am. J. of Psych., 1938. Bd. 94. — G. Bodechtel, Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1933. Bd. 175. — A. Baudouin, Exposés ann. de bioch. méd., 1939. — W. Dameshek u. A. Myerson, Physiol. Abstr., 1935. Bd. 20. — Th. Dixon, Bioch. J., 1936. Bd. 30. S. 1577. — T. Gayda, Arch. di Fisiol., 1914. Bd. 12. — R. Gaupp jr., Fortschr. d. Neur. u. Psych., 1941. Jahrg. 13, Heft 7. — H. Himwich u. J. Fazekas, Ber. Physiol., 1938. Bd. 105. — E. Grafe, H. Reinwein u. Singer, Biochem. Z., 1925. Bd. 165. — R. W. Gerard, An. Rev. of Bioch., 1937. Bd. 4. — H. Himwich, Frostig, Fazekas, Hadidian, Am. J. of Psych., 1939. Bd. 96. — E. G. Holmes, An. Rev. of Bioch., 1937. Bd. 3. — N. Ingram u. K. von Hagen, Am. J. of Psych., 1939. Bd. 95. — M. Jowett u. I. Quastel, Bioch. J., 1937. Bd. 31. S. 275. — I. Karplus u. A. Kreidel, Pflüger's Arch., 1909. Bd. 129. 1927. Bd. 225. — S. Kerr u. M. Ganthus, Ber. Physiol., 1937. Bd. 99. — J. Kojima, Bioch. Z., 1927. Bd. 190. — E. Küppers, Am. J. of Psych., 1938. Bd. 94. — L. v. Meduna, Am. J. of Psych., 1938. Bd. 94. — H. Pfister, Am. J. of Psych., 1938. Bd. 94. — S. Ranson u. H. Magaun, Erg. d. Physiol., 1939. Bd. 41. — M. Sakel, Am. J. of Psych., 1938. Bd. 94. — M. Sackel, L'encéphale, 1938. — Salm, Münch. Med. Wochenschr., 1937. Bd. 84. — C. Schneider, Behandlung und Verhütung d. Geisteskrankheiten, 1939. Berlin, Ed. J. Springer. — I. Tinel, Le système nerveux végétatif, 1937. Paris, Ed. Masson. — K. Takahashi, Biochem. Z., 1924. Bd. 154. — O. Warburg, Biochem. Z., 1924. Bd. 152. — H. Winterstein, Handb. d. norm. u.

path. Physiol., 1929. Bd. IX. Berlin, Ed. J. Springer. — F. Wohlwill, Klin. Wochenschr., 1928. Bd. 7. — I. Worthis u. R. Lambert, Am. J. of Psych., 1939. Bd. 96. — N. Winkelmann u. M. Moore, ref. Ber. Physiol., 1941. Bd. 123. — H. Wespí, Am. J. of Psych., 1938. Bd. 94.

RESUMÉ

Contributions expérimentales à l'étude du choc insulinaire

L'action du choc insulinaire sur la respiration de l'écorce cérébrale et des centres infracorticaux

1. Chez les animaux normaux l'intensité des processus oxydatifs dans les différentes formations encéphaliques (l'écorce cérébrale, le noyau caudé, la couche optique, l'hypothalamus) n'est pas égale, étant plus grande dans les parties supérieures, plus petite dans les régions profondes du cerveau.

2. L'hypoglycémie insulinaire diminue l'intensité des processus métaboliques du cerveau. Cet effet est dû autant à l'apport insuffisant et à l'épuisement des glucides, qu'à un autre mécanisme encore inconnu.

3. La sensibilité du tissu cérébral à l'action du choc insulinaire est plus grande dans les parties supérieures, plus active au point de vue métabolique, plus petite dans les parties profondes du cerveau.

4. Cette réaction inégale des différentes formations encéphaliques à l'hypoglycémie insulinaire produit une véritable inversion dans l'activité métabolique du cerveau. En effet, des nos recherches il ressort que chez les animaux normaux l'intensité des processus oxydatifs du cerveau diminue successivement en partant des régions supérieures vers les régions les plus profondes, ayant au niveau de l'écorce cérébrale les valeurs les plus élevées, et les plus basses au niveau de l'hypothalamus. Au contraire chez les animaux soumis à l'action d'insuline l'ordre est renversé, l'hypothalamus devenant le siège de l'activité métabolique la plus intense.

5. Cette dernière constatation constitue une contribution expérimentale qui vient à l'appui de la conception du Maier, Hess, Pfister, d'après laquelle l'effet thérapeutique de l'hypoglycémie insulinaire serait dû à l'action qu'elle exerce sur le système nerveux végétatif.

ZUSAMMENFASSUNG

Beiträge zum Studium des Insulinschocks

Die Wirkung des Insulinschocks auf den Sauerstoffverbrauch der Hirnrinde und der subcorticalen Regionen

Aus an 20 Kontroll- und Insulintieren angestellten Versuchen geht hervor:

1. Bei normalen Hunden ist die Menge des Sauerstoffverbrauches in verschiedenen Hirnteilen (Hirnrinde, Nucleus caudatus, Sehhügel, Zwischenhirnbasis) ungleich mässig verteilt, sie ist grösser in den oberen und kleiner in den unteren Regionen.

2. Der hypoglykämische Insulinschock hat eine hemmende Wirkung auf die Hirnatmung. Diese Wirkung ist nicht nur der unzureichenden Zuckerzufuhr oder der Erschöpfung des energetischen Substrats, sondern auch einem andern sekundären Faktor zuzuschreiben.

3. Die Empfindlichkeit des Hirngewebes dem Insulinschock gegenüber ist in den einzelnen Hirnteilen verschieden,

und zwar grösser in oberen Hirnteile, wo die Stoffwechselvorgänge intensiver sind, und viel kleiner in den tieferen Hirnteilen.

4. Die ungleichmässige Reaktivität der verschiedenen Hirnformationen gegen grosse Insulindosen, bewirkt eine ausgesprochene Umkehrung der Hirnstoffwechselfähigkeit. Tatsächlich ist aus unseren Untersuchungen ersichtlich, dass bei normalen Tieren die Hirnstoffwechselfähigkeit von oben nach unten abnimmt, so dass sie in der Hirnrinde den

höchsten und im Hypothalamus den niedrigsten Wert hat, während bei unseren Insulintieren sich die Reihenfolge umkehrt, weil die Zwischenhirnbasis sich als das Zentrum der intensivsten Stoffwechselfähigkeit offenbart.

5. Die letzte Feststellung unterstützt durch experimentelle Beiträge, die Auffassung von Maier, Hess, Pfister denngemäss die therapeutischen Wirkung des Insulinschocks der Wirkung auf das vegetative Nervensystem zuzuschreiben ist.

Constituția morfologică a epilepticilor

de

Dr. Liviu Ionașiu

Dr. Cornel Lungu

E. Mateș

Problema corelației dintre epilepsie și un anumit aspect corporal a fost pusă încă de Kretschmer, care găsește o mai mare frecvență de tipuri atletice și displastice printre epileptici. De fapt, la începutul cercetărilor sale Kretschmer nu a avut în vedere atât epilepsia, cât stabilirea unei corelații între sindroamele mintale și aspectul corporal al bolnavilor, arătând în deosebi afinitatea tipurilor astenice și displastice pentru schizofrenie și a tipurilor plonice pentru psihoza maniaco-depresivă.

Mai târziu, în 1936 Kretschmer și Enke făcând o revizuire a corelațiilor morfo-psihice, ajung la concluzia că tipul morfologic atletic are o afinitate mărită față de epilepsia genulină și față de grupul catatonie al schizofrenicilor.

Pe de altă parte Minkowska delimitând cadrul constituției epileptoide, descrie acest tip ca având caractere foarte asemănătoare cu ale atleticii lui Kretschmer, umeri în patrat, față dreptunghiulară, forță fizică mare, etc. Habitusul morfologic descris de Minkowska îl corespunde un tip temperamental vâscos (gliscroid) cu variații între poli flegmatic și explosiv.

Willemse crede de asemenea că tipul morfologic atletic îl corespunde o mentalitate epileptoidă, unii dintre cercetători nevăzând în turburările psihice ale epilepticilor decât o exagerare a tipului temperamental atletic. Kreyenberg face chiar o deosebire între epilepticii atletici, înclinați în special spre explozii de mânie și epilepticii displastici sau astenici, predispuși spre forme demențiale. În adevăr, tipul atletic așa după cum este descris de Kretschmer și Enke, are o foarte mare asemănare cu constituția epileptoidă delimitată de Minkowska, cuprinzând următoarele trăsături: vâscozitate — nu fără o oarecare tendință spre pedanterie și politețe — greutate de manifestare a afectivității, cu înclinare spre explosivitate, iritabilitate, înclinare spre acte violente etc. Unii autori fac chiar o anumită apropiere între constituția atletică și crima contra moravurilor.

Cu alte cuvinte, cunoașterea habitusului morfologic al epilepticilor nu interesează numai ca structură corporală în sine, ci și ca expresia exterioară a anumitor însușiri temperamentale și caracterologice. Astfel Pende consideră biotipul ca o piramidă cu patru fețe, având ca bază ereditatea și ca laturi: aspectul morfologic, funcțional-umoral, intelectual și moral, și dacă totuși, criteriul morfologic se ia ca bază a măsurătorilor antropometrice, aceasta se datorește pe de o parte constanței sale, iar pe de altă ușurinței cu care poate fi măsurat.

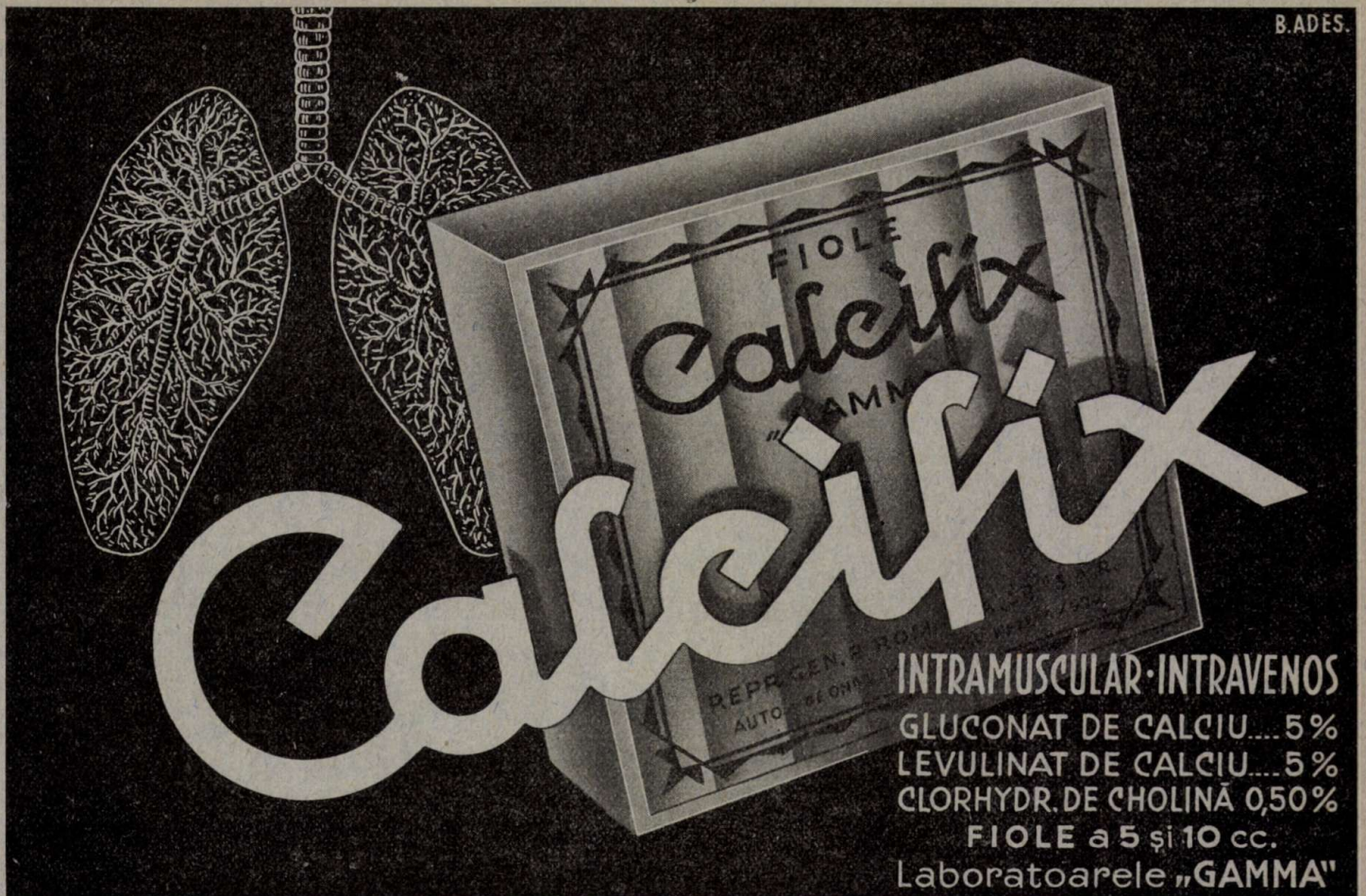
Cercetări asupra tipului morfologic al epilepticilor au mai întreprins Kehler, Hofmann, Fischer, Grundler, Freemann, Rohden, Kreyenberg, Westphal, Vanell, etc. Astfel, după Rohden, ale cărui cercetări se referă la o serie de sindroame mintale, epilepsia apare mai frecvent la tipul atletic. Freeman și Westphal găsesc o mai mare frecvență de tipuri atletice și displastice. De altfel spune Conrad, diferența dintre tipul atletic și cel displastic nu este prea mare, în conformitate cu teoriile lui Kretschmer, existând o continuitate dela unul la celalalt, în sensul că atleticii sunt susceptibili să evolueze mai ușor spre forme displastice ca: acromegalie, etc.

Tot în sensul unei mai mari afinități a epilepticilor pentru valorile medii atletice pledează și rezultatele obținute de Dr. S. Cupcea, care a făcut o serie de cercetări în vederea determinării indicelui morfologic la bolnavii mintali.

Tabela alăturată indică rezultatele a doi dintre acești cercetători.

Westphal 1505 caz.	Rohden 106 caz.
Picnici 5,5%	Picnici 5%
Leptosomi 25,1%	Leptosomi 32%
Atletici 28,9%	Atletici 63%
Displastici 29,5%	
Necaracteristici 11%	

Ceea ce frapază în deosebi atunci când privești rezultatele obținute de diverșii cercetători, este pe lângă



Calefix

FIOLE

REPR. GEN. P. ROM.

AUTO. 61 000

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS

GLUCONAT DE CALCIU.... 5 %

LEVULINAT DE CALCIU.... 5 %

CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50 %

FIOLE a 5 și 10 cc.

Laboratoarele „GAMMA”

HORMONUL FOLICULAR OVARIAN

„GYNOFOLIN”

PREPARAT PUR BIOLOGIC, TITRAT RIGUROS ÎN UNITĂȚI ȘOARECE

FIOLE INJECTABILE (TOATE DOSAGIILE) CREMĂ ÎN TUBURI

COMPRIMATE

PICĂTURI



In afecțiunile
căilor respiratorii

BRONCHOSEPTOL

DRAGELE

B.ADES.



Anemoton

„GAMMA”

TONIC ȘI
RECONSTITUANT

ANEMIE
SURMENAJ
LIMFATISM

INDICAT ÎN:

- Anemie
- Asten
- Apoten
- Fatism
- Rosten
- Distim
- Ictim
- Pol ne
- Ocua
- Prebul

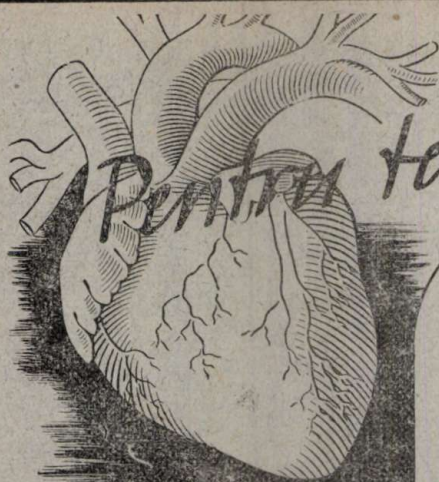
Modul de întrebuințare:

ADULȚI 2-4 lingurițe pe zi

COPII 1-2 lingurițe pe zi

LABORATOARE „GAMMA”

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32



Pentru terapia Digitală

și pentru tratamentul economic de lungă durată, cardiacul consacrat, cu început de acțiune rapidă și cu efect îndelungat

DIGITALIS-DISPERT

Procedeul de fabricațiune „Dispert” asigură, prin gradul înalt de dispersiune — în mărimea eritrocitelor umane — o rezorbție optimală și o toleranță perfectă.



„Rhenania” Secția Farmaceutică a S. A. KALI-CHEMIE, Berlin
Dep.: Pharmag S. A., Brașov

Digitalis-Dispert

Tablete • Supozitoare • Soluție

LA GRIPĂ ȘI
TOATE CELELALTE
MALADII FEBRILE
DIN CAUZA RĂCELII

QUADRONAL

ANALGEZIC
ȘI
ANTIPIRETIC
verificat

★

TUB ă 10 TABLETE
TUB ă 20 TABLETE
ETUIS ă 6 TABLETE



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eşantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

preponderența tipurilor atletice printre epileptici și procentul redus de tipuri morfologice plicice. Acest lucru a fost sesizat de altfel și de Conrad, care în lucrarea sa „Die Erbliche Fallsucht”, emite ipoteza unei rezistențe mărite a constituției plicice față de epilepsia genuină.

„Constituția plicică, spune el, este substratul morfologic al anumitor reacțiuni funcționale, printre care și capacitatea de reacțiuni compensatorii și o rezistență mărită față de procesele distructive în general”, lucru confirmat — după cum vom vedea — în mare măsură și de rezultatele cercetărilor noastre.

În rezumat în urma datelor obținute până în prezent de diverșii cercetători se constată o afinitate evidentă a epilepsiei genuine pentru tipul morfologic athletic sau displastic, excepție făcând numai cercetările lui Alier, care în statistica sa nu găsește niciun athletic printre epilepticii examinați.

Cercetările noastre întreprinse la 200 bolnavi epileptici internați în Spitalul de Bolii Măntale și Nervoase din Sibiu, au avut de scop pe de o parte determinarea indicelui morfologic la epilepticii genuini, pe de altă s'a căutat rolul factorului constituțional și în cazul epilepsiei simptomatice. Bolnavii examinați, a căror etate cronologică varia între 20—45 ani, au fost împărțiți în trei grupe.

1. Grupa epilepsiei genuine cuprinzând bolnavii la care cu toate investigațiile făcute nu s'au putut descoperi în antecedente existența vreunei cauze exogene producătoare a acceselor epileptice, în același timp s'a ținut seama și de vârsta de debut a bolii, avându-se în vedere că majoritatea autorilor consideră pubertatea și adolescența ca epocă de predilecție a apariției epilepsiei genuine.

2. Grupa epilepsiei simptomatice.

3. Cazurile endoencefalice la care deși nu s'a putut descoperi nicio cauză ocazională a bolii, totuși apariția tardivă a acceselor, făcea să nu poată fi clasate printre epilepticii idiopatici.

Determinarea tipului constituțional morfologic al epilepticilor s'a efectuat cu ajutorul indicelui Wertheimer-Hesketh, indice care are următoarea formulă:

$$\text{membru inferior} \times 10^3$$

I. M. — X 100
diam. ant. post. tor. X diam. trans. tor. X înălț. trunchiului

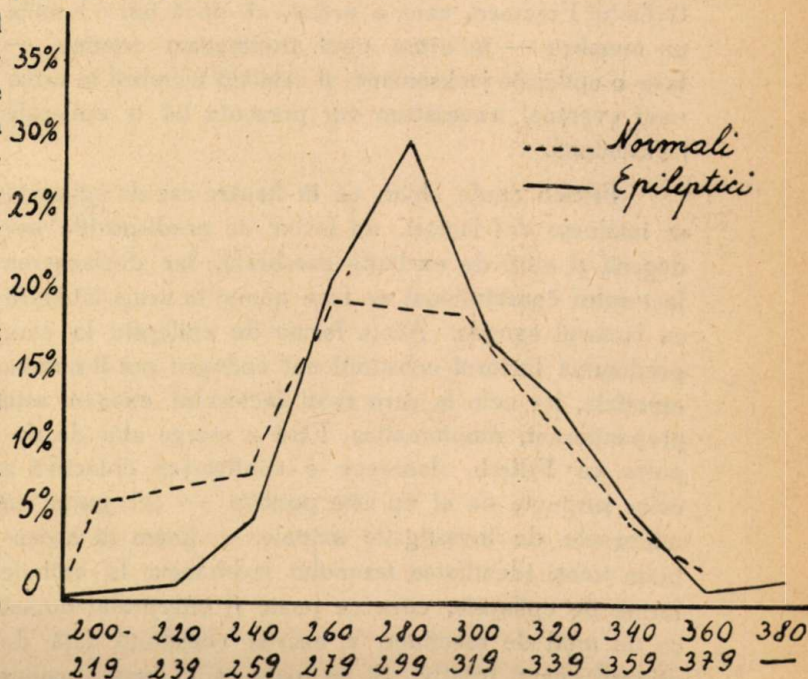
Valorile obținute de acest indice se repartizează după curba lui Gauss, cu o trecere continuă de la una la alta și o frecvență maximă pentru tipurile mijlocii normosomice, diferențierea dintre cele trei tipuri constituționale făcându-se, conform celor susținute de Viola, pe baza raportului dintre trunchi și membre. Astfel valorile mici ale indicelui reprezintă un volum toracic pronunțat în detrimentul membrilor, deci o tendință plicică; din contră valorile ridicate indică un volum

toracic redus cu membre lungi, deci o tendință astenică; valorile mijlocii cu armonie între trunchi și membre, reprezentând tendința athletică.

Folosim termenul de tendință și nu de tip athletic, din cauză că așa după cum susține Dr. S. Cupcea, o separație netă între cele trei tipuri constituționale nu este posibilă, trecerea de la unul la celălalt făcându-se în mod continuu. Rezultatele măsurătorilor efectuate la cei 200 epileptici au fost raportate la un etalon format din 100 persoane normale, recrutate pe cât posibil din diverse straturi sociale și având aproximativ aceeași etate cronologică cu epilepticii, aceasta din cauză că cercetările întreprinse până în prezent au dovedit, că rezultatele obținute sunt în funcție atât de vârsta cronologică, cât și de grupul de populație din care fac parte subiecții examinați.

Rezultatele măsurătorilor au dus la constatarea unei pronunțate afinități a epilepsiei, pentru tipurile mijlocii atletice. Valorile obținute de noi au față de grupa normalilor — o tendință de repartizare spre polul stenic. Această deplasare a valorilor obținute spre extrema astenică poate fi evidențiată de altfel și prin comparația mediilor aritmetice a celor două grupe, media fiind de 285 la normali și de 294 la epileptici.

Grafica următoare indică rezultatele obținute la cei 200 epileptici.



Calculând sigma celor două grupe, am găsit o sigma $\pm 37,5$ pentru grupul normalilor și de $\pm 28,9$ pentru epileptici, ceea ce indică o repartitie mai concentrată a acestora din urmă, epilepticii contrar altor bolnavi mintali ocupând în special valorile mijlocii ale indicilor, cu foarte puține tipuri extreme.

Repartitia comparativă a rezultatelor celor două grupe de epileptici amintite la început — adică a epi-

lepticii genului și celor simptomatici — n'a dus la diferențe morfologice esențiale, aceasta în sensul că la ambele forme de epilepsie predomină tipul constituțional atletic, totuși valorile indicilor obținuți de epilepticii simptomatici se plasau mai spre extrema picnică. Cu alte cuvinte epilepticii simptomatici au fost găsiți ceva mai picnoizi decât cei idiopatici, media aritmetică fiind de 282 pentru epilepsia secundară și de 300 pentru cea esențială.

S'ar părea deci că ipoteza emisă de Conrad, după care constituția picnică ar avea o rezistență crescută față de epilepsia genului în deosebi, să se confirme și pe această cale, epilepticii idiopatici fiind găsiți — în cazul nostru — ceva mai astenoizi decât cei simptomatici. Tipul morfologic atletic rămânea totuși predominant la ambele forme de epilepsie.

Apariția celor două forme de epilepsie la aproximativ același tip morfologic, face să fie pusă problema de teren, de predispoziție epileptoidă, anume în ce măsură epilepsia secundară are nevoie de un teren epileptogen, pentru ca factorul exogen — fie el traumatism, maladie toxi-infecțioasă, tumoare cerebrală etc. — să poată declanșa accesul epileptic. Și se pare că acest rol este deținut de constituția atletică. În sensul unui teren epileptoid favorizant pledează de altfel și cercetările lui Freeman, care a arătat, că dacă într-o familie un membru — în urma unui traumatism cranian — face o epilepsie jacksoniană, și ceilalți membri în urma unui eventual traumatism vor prezenta tot o epilepsie jacksoniană.

Fritsch crede chiar, că în fiecare caz de epilepsie se întâlnesc doi factori, un factor de predispoziție endogenă și altul de excitație cerebrală, iar declanșarea factorului constituțional se face numai în urma întâlnirii cu factorul exogen. Acele forme de epilepsie la care predomină factorul constituțional endogen pot fi numite esențiale, iar cele la care rolul factorului exogen este preponderent, simptomatice. Fără a merge atât de departe ca Fritsch, deoarece o confirmare obiectivă a celor susținute de el nu este posibilă — cel puțin cu mijloacele de investigație actuale — ținem să accentuăm totuși identitatea terenului morfologic la ambele forme de epilepsie, ceea ce poate fi interpretat numai ca un mod de reacțiune a acestei constituții față de diverșii agenți iritativi. Și cu toate că în lumina noilor date ale eredității, contribuția factorului ereditar în epilepsie se reduce la 49%, iar a factorului exogen la 51%, totuși s'ar putea ca acțiunea factorilor iritativi să nu se poată exercita integral, decât pe un teren constituțional sugestiv al reacțiunilor epileptoidale.

Redăm mai jos rezultatele obținute de noi în urma măsurătorilor antropometrice la diversele grupe de epileptici,

Epilepsia Idiopatică 87 cazuri	Epilepsia simptomatică 43 cazuri	Psihoze epileptice 36 cazuri
tendința picnică 5,89%	12,50%	0%
tendința atletică 79,52%	81,25%	75,0%
tendința astenică 14,50%	6,25%	25,0%

Spuneam mai înainte, că în afară de predominarea tipului atletic printre epileptici, ceea ce frapază în deosebi, atunci când privim rezultatele obținute de diverșii cercetători, este procentul minim de tipuri picnice, acest procent fiind de 5,5 printre epilepticii lui Westphal, de 5 printre cei ai lui Rohden și de 5,8 printre epilepticii examinați de noi. Explicația acestui fenomen fiind căutată de Conrad, în o mai mare rezistență a constituției picnice atât față de epilepsia genului cât și față de procesele distructive în general, ipoteză în favoarea căreia pledează două categorii de factori.

1. Lipsa de tipuri picnice printre formele psihotice ale epilepsiei, lucru ce se poate vedea din tabloul alăturat.

2. Demențierea intelectuală mai lentă a picnicilor, constatare făcută de noi pe bază de măsurători intelectuale nu numai la epileptici, ci și în cadrul altor sindroame mintale. Și se prea poate ca însuși faptul că, măsurătorile intelectuale au dat în medie coeficienți intelectuali mai ridicați la epilepticii simptomatici, decât la cei idiopatici, să se datoreze nu numai formei boalei, ci și terenului constituțional, primii fiind găsiți în general mai picnoizi decât cei din urmă.

Poate că este cazul să amintim aici că, nici separația între epilepticii internați în mod permanent în spitalul nostru, deci acela la care frecvența acceselor sau a turburărilor de caracter luau forme mai grave, și epilepticii neinternați, trimiși numai de unitățile militare în vederea confirmării diagnosticului, n'a dus la diferențe morfologice însemnate, procentul de tipuri atletice fiind aproximativ același, 74,07 pentru prima grupă și 76,27 pentru a doua. Pe de altă parte nici media de durată a bolii la cele două categorii de epileptici n'a diferit prea mult, ea fiind de 9, 10 ani pentru epilepticii de spital și 9,8 ani pentru ceilalți, fapt ce ar pleda în favoarea celor susținute de Fleck, după care turburărilor de caracter ale epilepticilor, sau mai bine zis gravitatea lor — deoarece asemenea turburări au putut fi constatate și la unii și la ceilalți — variază odată cu diverșii indivizi, corelația lor cu tipul constituțional sau durata bolii fiind foarte mică. Evoluția acestor turburări depinde, conform celor susținute de Fleck, de o serie de factori individuali (în mare parte lezional), sau de mediu, cercetări mai amănunțite în această direcție n'au fost însă întreprinse. O oarecare corelație a putut fi totuși stabilită între nivelul mintal al epilepti-

celor și tipul lor constituțional, în sensul că indicii intelectuali diminueau pe măsură ce se apropiau de polul astenic, tipurile morfologice astenice având în medie un ritm demential mai rapid.

În rezumat, cercetările noastre au dus la următoarele constatări:

1. La o confirmare a celor susținute de Minkowska, Kretschmer, Rohden, Westphal, anume că epilepsia genuină apare mai frecvent la tipurile morfologice atletice.

2. Măsurătorile efectuate de noi nu au dus la diferențe morfologice însemnate între epilepsia genuină și cea simptomatică, la ambele predominând constituția athletică, fapt ce ar pune și în cazul epilepsiei simptomatice problema de teren de predispoziție.

3. Procentul redus de tipuri morfologice pnenice, care poate fi observat la toți cercetătorii, a fost constatat și de noi, și s'ar părea că această constituție — așa după cum susține Conrad — are o rezistență mărită față de epilepsie și față de procesele distructive în general.

Bibliografie:

- L. Babonneix: Etiologie générale de l'épilepsie essentielle. Ann. Med. Psych. Oct. 1939.
- O. Bumke und O. Foerster: Epilepsie. Handbuch der Neurologie.
- S. Cupcea: Constituția morfologică a bolnavilor mintali. Revista de psihologie. Oct.—Nov. 1941.
- A. Gutt: Die Erbliche Fallsucht. Handbuch der Erbkrankheiten.
- H. Gottblatt și Fleyer: Structura corpului și caracterului la copiii și adolescenții cu epilepsie simptomatică.
- Delbrück: Epileptisch und Epileptoid. Arch. Psych.
- Freeman: Symptomatisch Epilepsie bei einem einseitigen Zwillings J. Neur. 1935.
- Robin: La constitution épileptique. Ann. Med. Psych. 1931.
- K. H. Stauder: Epilepsie. Fortschritte der Neur. und Psych. Oct. 1934, April 1938, Mai 1938.
- K. H. Stauder: Ergebnisse der Epilepsieforschung Fortschritte der Neurologie und Psych. Iunie 1941.
- H. Steck: Anatomopathologie et Pysiopathologie de l'épilepsie. Ann. Med. Psych. Fevrier 1936.
- G. Willey: Le syndrome d'Hystero-Epilepsie. Ann. Med. Psych. Mars 1937.

RESUMÉ

La constitution morphologique des épileptiques

Les auteurs sont arrivés dans leurs recherches aux conclusions suivantes:

1. On confirme les faits soutenus par Minkowska, Kretschmer Rohden, Westphal, c'est à dire que l'épilepsie gèneine apparaît plus fréquemment chez les types morphologiques athlétiques.

2. Les recherches des auteurs ne montrent pas une différence sensible entre l'épilepsie gèneine et symptomatique. Dans les deux formes d'épilepsie domine la constitution athlétique, ce qui met en discussion le problème du terrain et de la prédisposition aussi dans l'épilepsie symptomatique.

3. Les auteurs ont constaté un pourcentage réduit des types morphologiques pneniques, de même que tous les autres qui se sont occupés de ce problème, et il paraît — comme le soutient Conrad — que cette constitution aurait une résistance plus grande contre l'épilepsie et généralement contre les procès destructifs.

ZUSAMMENFASSUNG

Die morphologische Konstitution der Epileptiker

Zusammenfassend ergibt sich aus den Untersuchungen der Autoren folgendes:

1. Die Behauptung Minkowskas, Kretschmers, Rohdens, Westphals wird bestätigt, wonach die genuine Epilepsie öfters bei athletischem Typus vorkommt.

2. Die von den Autoren ausgeführten Messungen haben keine morphologischen Unterschiede ergeben zwischen den von genuiner oder symptomatischer Epilepsie Befallenen da bei beiden die athletische Konstitution vorherrscht, eine Tatsache welche auch im Falle symptomatischen Epilepsie das Problem der Prädisposition aufwirft.

3. Der geringe Prozentsatz der piknischen Form, was von allen Forschern beobachtet wird, wurde auch von den Autoren konstatiert und es scheint dass diese Körperkonstitution, — wie auch Konrad hervorhebt — eine grössere Widerstandskraft gegen Epilepsie und gegen destruktive Prozesse im allgemeinen besitzt.

Sulfamidele în Dermato-Venerologie

de

Dr. Petre Târlea

șef de lucrări

I. Generalități asupra Sulfamidelor

Între anii 1932—1935, Gerhard Domagk, conducătorul Secției de Patologie și Bacteriologie Experimentală a Uzinelor I. G. Farbenindustrie din Wuppertal-

Elbersfeld, în colaborare cu Klarer și Mletsch, după cercetări laborioase descoperă proprietățile chimioterapeutice excepționale de puternice ale compușilor aromatici cu Sulf, numite Sulfamide (Sulfonamide) și pune

astfel bazele chimioterapiei antibacteriene moderne, care a revoluționat metodele terapeutice din toate domeniile medicinei, mai mult chiar decât Salvarsanul lui Ehrlich, aducând lui Domagk distincțiunea bine meritată a premiului Nobel. Această descoperire nu se limitează însă la realizările de până acum, deoarece zilnic apar noi descoperiri din seria preparatelor Sulfamidate, posibilitățile de perfecționare fiind așa zicând nelimitate prin substituirile efectuate în grupul amino-, amido- sau în nucleul benzoic al acestor preparate.

Domagk, în cursul cercetărilor experimentale asupra infecțiilor streptococice la șoareci și cobai, a descoperit acțiunea antibacteriană necunoscută până atunci a unor combinații chimice azoice-sulfamidate, din care apoi s'au detașat Sulfamidele sub forma lor actuală. Pentru respectarea adevărului, trebuie să amintim experiențele lui Ehrlich încă în 1904 cu preparatele colorante numite „Tetrazokörper” în tripanosomiază și ale lui Heidelberger și Jakobs în 1919 constatând efectul bactericid al Sulfamidobenzolazodohydrocupreinel, fără să exploateze aceste constatări.

Din seria compușilor Sulfamidați, în experiențele de laborator, cele mai eficace s'au arătat Prontosilurile (Sulfonamid-diaminobenzo), a căror caracteristică generală este, că din punct de vedere chimic formează compuși organici ciclici cu grupul Sulfonamidic (SO_2NH_2) în poziția para (p'), iar din punct de vedere clinic și experimental, că ele au o acțiune bactericidă selectivă asupra coco-infecțiilor. Prontosilurile acționează asupra infecțiilor streptococice (erisipel, febră puerperală, meningită, angină), iar compușii descoperiți ulterior din grupa Diseptalelor — prin substituirea atomului de H din grupul amino, — sunt activi în deosebi în stările morbide produse de pneumo-, meningo- și gonococi. Introducerea ciclului Piridinic în grupul Sulfamidic (Sulfapyridine) a mărit simțitor eficacitatea, în schimb a scăzut tolerabilitatea acestor preparate. În ultimul timp, prin substituirea ciclului Piridinic cu Tiazol, s'a realizat seria așa numitelor Sulfatiazoluri, cel mai activ și mai puțin toxic dintre compușii Sulfamidați cunoscuți până azi. În prezent, chimiștii Germani, în deosebi Kimmig au sintetizat o serie nouă de compuși, pe care îi numesc Sulfatiodiazoluri, prin prepararea lor din Alkylaminotiazol și Paraacetylaminobenzolsulfurilchlorid, care pe lângă o acțiune chimioterapeutică foarte puternică, au avantajul că nu produc methemoglobină, nici alte fenomene sanghine atât de frecvente după administrarea celorlalte Sulfamide.

Ar fi o sarcină prea grea, de a încerca să înșirăm toate preparatele Sulfamidate care s'au lansat în diferite țări, totuși pentru a cunoaște pe cele mai mult întrebunțate și pomenite în literatură, le trec pe scurt în revistă:

1. Grupa preparatelor azoice, colorante: Prontosil rubrum (Bayer), Rublazol (Specia), Sulfazol (Hygea).

2. Preparate ne-azoice, incolore: Prontosil alb (Bayer), Septazine (Specia), Deseptyl (Chinoln).

3. Grupa Sulfanilamidelor, reprezentate prin Diseptalele „Bayer”: Ullron (Diseptal A), Neu-Ullron (Diseptal B), Ullron C (Diseptal C). Apoi Septoplax (Specia), Elektyl (Chinoln), Gombardol (Boehringer), Sulfamidol, Ambesid (Richter), Ronin-Sulforonin (Wander).

4. Sulfapyridinele sunt reprezentate prin: Dagénan (Specia), Eubasnum (Nordmark-Werk), Albuclid (Scherling), Sulfapyridin (Homburg).

5. Sulfatiazolurile s'au comercializat sub numele de Eleudron (Bayer), Cibazol (Ciba), Thiazomide (Specia), Ultraseptyl (Sanabo).

În ceea ce privește modul de acțiune al Sulfamidelor, el nici până azi nu este pe deplin lămurit. Heubner crede, că sulfamidele suferă anumite transformări în organism, în sensul unei oxido-reducțiuni, formând methemo- și Sulfhemoglobina, la care se adaugă și acțiunea nucleului benzoic. Moeschlin și Horschler confirmă această teză, stabilind prezența în eritrocite a corpusculilor lui Henning, despre care se știe, că apar numai în urma substanțelor producătoare de methemoglobină (Nitro- și Aminobenzol). Domagk susține acțiunea directă asupra microbilor, slăbindu-le puterea de rezistență și astfel făcându-l mai sensibil față de acțiunea distructivă a forțelor de apărare ale organismului. Levaditi susține aproape același lucru, prin neutralizarea toxinelor microbiene și impledecarea formării capsulei de rezistență (acțiune bacteriostatică). Buttle crede în acțiunea opsonică, prin slăbirea virulenței microbilor, iar Neufeld, Bär sunt de părere, că organismul descompune Sulfamidele în compuși mai labili, care prepară microbi pentru fagocitoză, acțiune asemănătoare bacteriotropinelor și altor anticorpi specifici. Pentru acțiunea indirectă, imun-biologică a Sulfamidelor pledează și constatarea făcută la început, în era Diseptalelor (Ullron), că rezultate terapeutice bune s'au obținut numai în infecțiile mai vechi de trei săptămâni, după ce organismul și-a câștigat o oarecare imunitate, prin fabricarea de anticorpi, ori prin imunizare activă cu ajutorul vaccinoterapiei.

Azi în general se admite, că acțiunea chimioterapeutică a Sulfamidelor este legată de celule și anume, de sistemul reticulo-endotelial, stabilit fiind, că blocarea acestui sistem (Gougerot) scade simțitor efectul bactericid al acestor preparate. Potrivit acestei teze susținută și de Büngeler, Gougerot în cazurile Sulfamido-rezistente, unde presupune o blocare a sist. r. endotelial, procedează la deblocarea lui prin injecții de roșu de Congo și intradevăr, în urina bolnavilor, în care mai înainte nu se puteau evidenția Sulfamidele, prin această deblocare, reîncape eliminarea lor.

Mecanismul de acțiune în aplicarea *locală* a Sulfamidelor se manifestă prin ridicarea capacității de reacțiune locală a țesuturilor și mărirea indexului fagocitar.

Acțiunea chimioterapeutică a Sulfamidelor este în funcție în primul rând de *concentrația maximă* a lor în sânge, care trebuie să atingă o limită maximă dela începutul administrării preparatelor, varînd la diferite grupe de preparate între 4—10 mg. % la 8—12 ore dela începutul administrării. În sânge Sulfamidele se găsesc sub formă liberă (60—70%) și sub formă acilată (30%). Pentru a realiza dela început concentrația optimă, se administrează doze masive inițiale de 0,03—0,05 gr. pe kilocorp pro doză și 0,10—0,20 gr. pe kilocorp pro die.

Eliminarea Sulfamidelor se face repede, de ex. la doza de 4 gr. Sulfapyridină, după 10 ore în urină se găsesc 15—24%, iar după 24 ore 40—50%, eliminarea terminându-se după 96 ore (Frisk). Sulfatiazolurile dau o concentrație maximă mai urcată și mai rapidă; după 4 gr. substanță în 2—4 ore concentrația atinge 6,3—7,1 mg %, scăzând după 4 ore la 4—5 mg %, după 24 ore la 0,6—1,5 mg %. Dar și eliminarea se face mai repede: după 10 ore 35—58%, după 24 ore 61—85%, ea fiind completă după 72 ore. Această comportare a Sulfatiazolurilor explică acțiunea lor terapeutică mărită, pe lângă o toxicitate scăzută și justifică dozele terapeutice ultra-masive (5 gr.) ce întrec cu mult doza de odinioară a Sulfonamidelor și a Sulfapyridinelor (3 gr.).

Accidentele ce se pot ivi în cursul administrării preparatelor Sulfamidata sunt numeroase, dar în general fără gravitate, ele dispărând prin reducerea sau suspendarea temporară a dozelor terapeutice. Accidentele se impart în a) *ușoare*: cefalee, anorexie, astenie, febră medicamentoasă, cianoză ca expresiune a methemoglobinei, condiționată de prezența grupului amino-aromatic. Cianoza este cel mai frecvent accident, mai cu seamă iarna și primăvara, prin alimentația mai bogată în albumine, care în tubul digestiv mărește producția de HS și consecutiv Sulfhemoglobina; b) *mijlocii*: amețeli, artralgi, vărsături, fenomene de acidoză, icter, erupții toxice (urticariene, morbilli-, scarlatiniforme, purpurice), alterațiuni sanghine (leucopenie, anemie hemolitică, agranulocitoză); c) *grave*: nefrite hemoragice, nevrite, pareze, paralizii (peroniere), turburări vizuale, anurie, stare toxică gravă. Pentru prevenirea și combaterea lor, în general e suficient să reducem doza terapeutică, administrăm cantități mari de lichide, ape alcaline, bicarbonat de Sodiu. Fenomenele grave se combat prin extracte hepatice și vitamina C.

Modul de administrare. Sulfamidele se pot administra pe diferite căi, cea mai mult întrebunțată cale și formă de administrare fiind cea bucală, sub formă de tablete. Parenteral se administrează numai câteva

preparate: Prontosil, Rublazol, Solu-Septazine, Solu-Dagénan, Eubasnum, Albucid. Aplicarea locală a Sulfamidelor se face sub formă de pudră, fie ca specialități (Marfanil, Mesudin-Prontalbin, Exoseptoplix), fie mai simplu, preparând-o prin pulverizarea (sdrobirea) tabletelor. Local se mai pot administra Sulfamidele și sub formă de tincturi, pomezi sau paste, după cum vom vedea mai jos.

Incompatibilități. Față de restricțiunile foarte numeroase dela începutul erei chimioterapeutice Sulfamidata, când se interzicea administrarea simultană a oricărui medicament, azi incompatibilitățile se reduc la: preparatele de Sulf (purgative saline), ouă, mâncări preparate cu ouă multe (creme, budinci, prăjituri) și preparatele Salvarsanice. Părerea noastră este, bazați pe numeroase observații personale, că acestea din urmă — în caz de infecțiune mixtă treponemo-gonococică — se pot administra concomitent cu Sulfamide, fără inconvenient.

II. Sulfamidele în Dermatologie.

Este o constatare greu de explicat, că deși preparatele Sulfamidata constituiesc mijloace antibacteriene din cele mai puternice totuși, aplicarea lor în dermatozele microbiene este de dată recentă. La început s'a încercat aplicarea Sulfamidelor ca desinfectante generale în unele dermatoze grave, cu etiologie neclară, probabil infecțioasă, cum este:

Grupa pemfigusurilor. În Clinica Dermato-Venerică din Cluj, administrarea Sulfamidelor în aceste afecțiuni cutanate însoțite de o stare generală gravă, uneori septică, s'a introdus încă în 1936 sub formă de Prontosil roșu și Rublazol, fără să se înregistreze rezultate terapeutice mai bune, ca prin vechile metode simptomatice, îndreptate împotriva stării toxico-infecțioase. Rezultate mulțumitoare se obțin abia după apariția Ultrunului în 1937—38 și mai ales a Dagénanului în 1939—40, și în ultimul timp cu Eleudron. Modul de administrare a fost ca'ea bucală prin tablete, sub formă de atacuri masive, obișnuite în chimioterapia Sulfamidată, adică 4 zile câte 6 tablete, total 3 atacuri, intercalând pauze de câte 5 zile. Iată rezultatele:

Dermatita polimorfă Dühring: în 5 cazuri tratate, s'a obținut o simțitoare ameliorare în 3—4 săptămâni (recidivele obișnuite nu s'au prevenit)

Pemfigus vulgar: din 6 cazuri, în 2 s'a obținut ameliorare numai cu Sulfamide; în 2 cazuri combinate cu injecții de Germanin (Bayer) s'au realizat efecte terapeutice mai bune decât numai cu Germanin, considerat ca medicament suveran. Restul de 2 cazuri n'au reacționat la Sulfamide.

Pemfigus vegetant: cele 2 cazuri tratate exclusiv cu Sulfamide, au părăsit serviciul fără manifestațiuni cutanate în 5—7 săptămâni (fără control ulterior).

Pemfigus foliaceu: din 3 cazuri, 2 tratate numai cu Sulfamide s'au ameliorat în 8—10 săptămâni, al treilea caz n'a reacționat, decât asociind și Germanin.

Lupus eritematos: considerat de unii, ca fiind de natură streptococică, Herfeld obține din 17 cazuri tratate cu doze mici de Ulftron (3 ori 1/2 tabletă în 4 cure de câte două săptămâni), 7 vindecări, 8 ameliorări și 2 eșecuri. Noi am tratat cu această metodă 2 cazuri, dar asociate cu tratament local, cu rezultate multumitoare.

Dermatoze produse de paraziți vegetali (ciuperci)

Epidermofitiile: sub toate formele lor (inghinală, disidrotiformă, eczema micotică interdigitală), în ultimul timp au fost tratate cu rezultate excelente, exclusiv după metoda indicată de Pfalzgraf. Se aplică badijonări zilnice după prescripția lui Bosse: Prontosil rubr. 2 gr. Spirit 90% 64 gr. Acetonă 35 gr. Glicerină 1 gr. urmate de pansamente cu Prontosil 5% în lanolină-vaselină. Tratamentul durează 7 zile și se repetă după o săptămână, cu titlu de cură de siguranță. Prin această metodă am tratat și vindecat 20 cazuri cu diferite forme clinice, ceea ce constituie un progres incontestabil, fiind cunoscută rezistența epidermofitilor față de vechile metode terapeutice.

Eritrasma: se tratează în același mod și cu aceleași rezultate bune. Cazistica noastră cuprinde 12 cazuri.

Epidermomicozele: trichofitiile, favusul și microsporia localizate pe pielea păroasă sau glabră, azi benefică de avantajele tratamentului cu Sulfamide prin badijonări cu tinctură (zlău) și pansamente (seara) cu pomada de Prontosil. Avantajul mare al metodei rezidă în faptul, că se suportă mai bine, decât vechile antiparazitare (Iod și oleu de cad). Peste 20 cazuri tratate în acest fel, confirmă această părere.

Piodermiile atât de variate ca aspect clinic, ne oferă un câmp vast de aplicare pentru Sulfamide. Preparatele întrebunțate la început (Ulftron și Dagénan) sub formă de paste în concentrație de 10% și Dermoseptazine (Specia) n'au dat rezultate satisfăcătoare. De la introducerea tincturii, pomezi și pastei (2%) de Prontosil, rezultatele terapeutice sunt din cele mai bune:

Stafilodermiile: folliculite, vestibulite nazale, sicoză, furunculoza în stadiul incipient.

Streptodermiile: impetigo, dermo-epidermita streptococică, eczemele infectate, eczematidele, precum și diferite forme de intertrigo, mai cu seamă cele retroauriculare (Sézary, Jausion le tratează cu pudre de Sulfamide), cuprind un număr de peste 100 cazuri tratate cu rezultate terapeutice mult superioare celor obținute cu metodele clasice.

Administrarea pe cale bucală sau parenterală concomitentă cu aplicarea locală a Sulfamidelor, este indicată numai în formele generalizate și în cazurile de septicemie iminentă sau declarată și natural în erisipel.

III. Sulfamidele în venerologie.

Cel mai vast câmp de aplicare al Sulfamidelor se oferă incontestabil în venerologie și în special în blenoragie, al cărei tratament a suferit schimbări fundamentale, prin introducerea chimioterapiei Sulfamidate.

Șancrul simplu: Bazați pe numeroasele publicații (Hanschell, Hutchinson, Girard) despre tratamentul pe cale bucală cu Sulfamide și ale lui Lepinay, Fields, Grupper, aplicând Sulfamidele local, în Clinica noastră, de mai bine de un an șancrul simplu și complicațiile sale se tratează exclusiv cu Sulfamide. După o toaletă simplă a ulceratiilor — îndepărtând produsele secundare —, se aplică o pudră de Sulfamidă și un pansament simplu. În 3—5 zile ulceratiile șancroase se transformă într-una simplă, cu fondul curat, care se vindecă apoi în 3—4 zile. În cazuri necomplicate, tratamentul local este suficient, constituind astfel o metodă terapeutică simplă, nedureroasă, ieftină, la îndemâna oricui, care scurtează și mijlocul durată boalei, prevenind și complicațiile. În cazuri de șancru simplu multiplu, atipic sau cu tendință distructivă (fagedenic, serpiginos) și mai cu seamă în complicații, pe lângă tratamentul local, instituim totdeauna și unul general cu Sulfamide, administrate sub formă de atacuri cu Dagénan, Eubasium, Neo-Ulftron 3-ori 2 tablete pe zi timp de 5 zile sau Albucid 3-ori 3 tabl. timp de 7 zile, Eleudron 5-ori 2 tabl. timp de 3 zile, urmate de încă una sau două cure similare la intervale de 5—7 zile. În cazuri rezistente, combinăm Sulfamidele cu vaccinoterapia specifică: Dmelcos (Specia), Ulcatren (Behring-Bayer), vaccin antistreptobacilar Nicolau-Banciu. Numărul cazurilor tratate cu Sulfamide local, local-intern și combinat cu vaccin, se ridică la peste 50.

Limfogranulomatoza inghinală Nicolas-Favre: a fost prima oară tratată de Guric, în 1937, metodă aplicată anul următor de Tătaru-Pop cu rezultate foarte bune. Atât acești autori, cât și noi, am administrat cu rezultate bune tratamentul combinat de Sulfamide sub formă de tablete și preparate de Stibiu: Fuadin (Bayer) și Anthlomaline (Specia). Noi am încercat toate preparatele Sulfamidate cunoscute, constatând, că rezultatele terapeutice nu diferă prea mult de la preparat la preparat. Metoda aplicată a fost totdeauna cea combinată: Sulfamide 3-ori 2 tablete în atacuri de 5 zile, total 3-4 cure la intervale de 5—7 zile și concomitent sau în intervale, injecții cu unul din preparatele de Stibiu. Tratamentul local prin drenajul fistulelor chiar cu Sulfamide (sol. Albucid, pudră ori pomadă de Dagénan), a constituit un adjuvant prețios. Cu această metodă au fost tratate 28 cazuri de limfogranulomatoză inghinală, durată tratamentului fiind scurtată de la 3—4 luni, la 3—6 săptămâni (Kristjansen 37 zile).

Uretritele microbiene. Toți venerologii cunosc caracterul lent față de orice medicație al acestor ure-

trite și al complicațiilor lor (cistită, epididimită, prostatită, pielită), de aceea s'au încercat și aici preparatele Sulfamidate dela începutul erei chimioterapeutice moderne. Rezultatele sunt foarte înconstante. Noi am obținut ameliorări evidente, la început cu Prontosil roșu, Deseptyl și mai nou cu Dagénan, Albucid și Eleudron, în dozele obișnuite. Cele mai bune rezultate am realizat în cazurile de uretrite strepto-stafilococice, asociate, sau nu cu colî, mai cu seamă la cele complicate cu cistopelitte. Uretritele microblene necomplicate se tratează în primul rând local, prin spălături și instilații cu antisepticele uzuale, dilatări, Sulfamidoterapia având numai un rol adjuvant. Cazistica noastră cuprinde 13 cazuri.

Blenoragia. Rezultatele cele mai frapante s'au realizat prin chimioterapia Sulfamidată în domeniul blenoragiei, tratamentul întreg — de altfel destul de dificil — fiind fundamental modificat, prin introducerea ei. Potrivit principiului, care m'a călăuzit în redactarea acestui lucrări de a da o privire generală asupra chimioterapiei Sulfamidate, relevând numai noțiunile practice, ce se desprind din ea pentru practica de toate zilele și astfel să fie cât mai util confrăților practicieni, vom da și aici numai un rezumat asupra tratamentului blenoragiei cu Sulfamide, privind problema sub toate aspectele ei.

În era Disepalelor prin anii 1937—38, chimioterapia Sulfamidată era dominată de preparatul considerat cel mai perfect, Uliron (Septoplax, Elektyl). După multe tatonări — la început administrând doze mici timp, de 7—10 zile — s'a găsit pozologia optimă sub forma atacurilor scurte, masive, cu 6 tablete pe zi, timp de 4—5 zile, total 3—4 atacuri, separate prin intervale de 5 zile. Procentul de vindecări variabil, dar urcat (Tătaru, Pop, Târlea 45—80%) a făcut, să se treacă cu vederea inconvenientele ce decurgeau din anumite condițiuni cărora trebuiau să corespundă cazurile (vechimea de peste 3 săptămâni, reactivitatea organismului, etc.) precum și din toxicitatea preparatului. În 1939—40 în era Sulfapyridinelor, procentul de vindecări s'a urcat la 80—88% pe lângă o toxicitate tot apreciabilă. Pozologia a rămas aceeași, prin doze terapeutice masive (3 gr.), administrând câte 6 tablete pe zi, timp de 5 zile, total 2—3 atacuri, la intervale de 5 zile. Școala franceză prescria doze inițiale ultramasive, cu micșorarea lor rapidă (Durel pentru Dagénan recomandă 8+8+6+6+4+4+2+2 tablete). Dagénanul și Neo-Ulironul noi le-am administrat după pozologia atacurilor de 5 zile de 3-ori 2 tablete, Eubasinum se pretează la doze inițiale mai mari (10+10+8+8+6+6), ca și Albucidul (de 3-ori 3 tablete timp de 7 zile).

De un an încoace, tratamentul blenoragiei este dominat de noul preparat Sulfotiazolic „Eleudron”, care având o toxicitate foarte redusă (practic aproape in-

existentă), permite administrarea unor doze ultramasive de 5—7 gr. pe zi, realizând printr'un singur atac, la început de o zi, apoi două și mai nou de trei zile (Eín-Zwei-Dreitagtherapie) vindecarea blenoragiei într'un procent, ce se apropie de 100%. Metoda aproape unanim adoptată azi este cea de un atac cu 20 tablete, administrate câte 10 pe zi, repartizate în trei (dimineața 3, la amiază 4, seara 3 tablete), sau în 5 fracțiuni (5 ori 2 tablete, la câte 2—3 ore, sau mai nou, dimineața câte 2 tablete din oră în oră). Rezultatele terapeutice obținute cu această metodă (Zwei-Tage-Stoss) la bărbați, femei și copii sunt aproape ideale, mai cu seamă, dacă după o pauză de 7 zile, se administrează un al doilea atac similar. Reproduc câteva statistici din cele mai mult citate: Löhe și Brett pe un material de 1421 cazuri ale Clinicii „Rudolf Virchow”, din Berlin, cu un singur atac obține 85,5% vindecări la femei, 89,4% la bărbați și 76,2% la copii; cu două atacuri rezultatele se ameliorează: 97,5% vindecări la femei, 95,4% la bărbați și 95,8% la copii. Miescher la Clinica din Zürich pe un material de 635 cazuri, cu un singur atac realizează 96,6% vindecări, fiind cea mai favorabilă statistică din toată literatura. Mayr la Clinica din München din 500 cazuri, cu un singur atac obține 94% vindecări la bărbați, 89% la femei, iar după un al doilea atac, realizează 98% vindecări la bărbați și 98,3% la femei. Loos la Clinica din Innsbruck din 124 cazuri tratate cu un atac de două zile, realizează 92% vindecări. Noi suntem adepții atacului de trei zile, 10 tablete pe zi, luate dimineața, câte 2 tablete din oră în oră. Pozologia la femei este aceeași (3 zile câte 10 tablete). La copii $5 \times \frac{1}{2}$ —1 tabletă după greutate (0,17—0,25 gr. pe kilocorp) timp de 3 zile. Secrețiunea uretrală și gonococii în general dispar după 12—24 ore, în același timp clarificându-se și urina.

Miescher, cel mai bun cunoscător al chimioterapiei cu Sulfatiazoluri administrând preparatul elvețian „Cibazol” (identic cu Eleudron), raportând rezultatele terapeutice la vechimea infecției blenoragice, găsește că cele mai bune rezultate se obțin în cazurile la care infecția datează de 2 săptămâni (La o vechime de o săptăm. 94%, la două săptăm. 99,5%, la 3—4 săptăm. 95%, iar la cazurile mai vechi 91,4% vindecări).

Asupra problemei recidivelor, a rezistenței la tratament, precum și a cauzelor acestora, părerile încă nu sunt limpezi. Se înregistrează două feluri de recidive: precoce până în ziua a 10-a (mai des a 4—5-a zi) după sistarea tratamentului cu Sulfamide și recidive tardive (mai frecvent în 3—4-a săptămână). Löhe și Brett arată 10,6% recidive precoce și 3,9% recidive tardive. Loos după atacul de trei zile 8% recidive. Cauzele recidivelor rezidă în subdozarea medicamentului, starea imun-biologică inferioară a bolnavilor, starea anatomică a aparatului uro-genital, prin prezența foca-

relor închistate de gonococi (canale para-uretrale, tysonite, littrite, seminalite, prostatite, adnexite).

În legătură cu recidivele, se pune problema provocărilor ca metode menite să evidențieze la timp recidivele. În general se recomandă, ca provocările (chimice cu nitrat de Argint, sol. Lugol, mecanice prin dilatare și biologice prin vaccinuri specifice) să se instituie timpuriu, la 4 zile după terminarea tratamentului, repetându-le la intervale de 4 zile timp de 3 săptămâni, iar la femei înainte și după următoarele 3 menstruații.

Cazurile Sulfamido-rezistente sunt destul de numeroase și ele țin la reactivitatea redusă și insuficiența proceselor imun-biologice ale organismului, blocarea dintr-o cauză oarecare a sist. r. endotelial, la resorbția defectuasă a medicamentelor și la existența formelor de gonococi Sulfamido-rezistenți, mai cu seamă la cazurile tratate în prealabil cu alte preparate Sulfamidate. În aceste cazuri se recomandă schimbarea preparatului de Sulfamidă cu unul dintr-o altă grupă, intercalarea unei pauze de 2—3 săptămâni, în care timp se va proceda la vaccino-terapie (Schreus), injecții cu Olobintin 40% (Klingmüller), piro-terapie (Miescher, Ramel), insulino-terapie cu doze mici (Sirany) și apoi se reia tratamentul cu Sulfamide, de regulă cu rezultate bune.

Se pune întrebarea, dacă pe lângă tratamentul intern cu Sulfamide, mai este nevoie și de tratament local? Deși nu este indispensabil și nu influențează asupra efectului terapeutic al Sulfamidelor, totuși suntem de părerea acelor autori, care recomandă și spălăturile uretrale, cu scopul de a calma fenomenele catarale care apar destul de des după administrarea Sulfamidelor, apoi pentru a elimina diplococii Gram pozitivi și negativi, care persistă un timp variabil după sistarea tratamentului intern și care putând fi considerați ca forme degenerare de gonococi ar constitui elemente de recidivă. Dar mai presus de toate, prin instituirea tratamentului local, bolnavii vor fi ținuti sub control, se vor putea aplica la timp provocările și se vor putea intercepta recidivele.

Spermatogeneza nu este influențată prin Sulfamido-terapie.

Necesitatea tratamentului local este mai evidentă în cursul tratamentului blenoragiei la femei, având în vedere frecvența mare a complicațiilor adnexiale.

În schimb, la vulvo-vaginita fetitelor, pe lângă tratamentul intern, este suficientă toaleta externă a organelor genitale.

Acțiunea Sulfamidelor asupra complicațiilor blenoragice este incomparabil mai redusă. Se influențează bine epididimitele, artritele, mai puțin canalele para-uretrale, infiltratele periretrale, seminalitele și prostatitele.

Durata tratamentului blenoragiei s'a scurtat în mod simțitor, ea progresând paralel cu perfecționarea pre-

paratelor. Splithoff prin Sulfanilamide (1938) reduce durata medie la bărbați de la 45 la 26 și la femei de la 54 la 35 zile. Prin Eleudron, azi s'a ajuns la o medie de 13 zile (Loos).

Avantajele Sulfamido-terapiei se pot rezuma în următoarele: Scurtarea considerabilă a tratamentului blenoragiei, din care rezultă avantaje economice individuale și colective, pe de altă parte, prin reducerea imediată a fenomenelor inflamatorii locale (uretrale), se micșorează probabilitatea ivirii complicațiilor. Apoi posibilitatea realizării tratamentului abortiv și astfel avantaje epidemiologice, prin eliminarea izvoarelor de infecție. Și în fine, amintesc și o părere utopistă a unor autori de talia lui Splithoff și Mayr, care prin Sulfamido-terapie ar vrea să realizeze combaterea radicală (extirparea totală) a blenoragiei prin legislație, supunând la o dată fixă, pe toți blenoragicii unei țări, în mod obligator, unui atac cu Eleudron. Eventual printr-o convenție internațională, s'ar putea realiza — natural în timpuri mai liniștite — extirparea radicală a blenoragiei pe un continent întreg.

Cazuistica Clinicii Dermato-venerice din Cluj, împreună cu observațiile mele personale cuprind:

130	cazuri	tratate	cu	Ultrun	, cu	42, 10-85, 71%	vindecări.
120	"	"	"	Dagenan	cu	87%	"
14	"	"	"	Eubasinum	"	89%	"
20	"	"	"	Neo-Ultrun	"	86%	"
26	"	"	"	Albucid	"	85%	"
126	"	"	"	Eleudron			
					cu	atacuri de 2 zile	92% vindecări.
					cu	atacuri de 3 zile	95% vindecări.

Nu intru în amănunte asupra observațiilor noastre, deoarece problema tratamentului actual al blenoragiei cu Eleudron, va forma subiectul unei lucrări ample, care va apare în curând în cadrele Clinicii Dermato-venerice din Cluj-Sibiu.

. . .

Rezumând cele expuse mai sus, putem trage concluzia, că prin introducerea chimioterapiei moderne cu Sulfamide, s'a realizat un progres nebănuț de mare în terapia dermatovenerologică, întrecând așteptările chiar și cele mai optimiste. Prin această metodă simplă, ușor de aplicat și relativ ieftină, azi dispunem de o armă puternică, prin care obținem rezultate terapeutice, ce se apropie de ideal, realizând vindecarea unor afecțiuni cutanate și venerice, care în trecut constituiau adevărate pietre de încercare ale specialității noastre.

Bibliografie

Bureau: Bull. Soc. fr. Derm., 1940, T. 47, Nr. 5. — Cokkinis: Derm. Wschr., 1939, Bd. 108, H. 5. — Domagk: Ztbl. Bakt. ref. Ztbl. Haut u. Geschl., 1940, Bd. 64, H. 5. — Gavrilă: Ard. Med., 12/1941. — Gjurić: Münch. M. Wschr. 1938/9. — Gougerot, Grollet, Desprez: Bull. Soc. fr. Derm., 1940/4. — Hämel—Link: Münch.

EUPHYLLIN

peste 700 de publicațiuni dovedesc înalta ei valoare terapeutică la

boli cardio - vasculare

Ambalaje: Fiole i. v. Tablete
Fiole i. m. supozitoare



Byk - Guldenwerke Chemische Fabrik A. G. Berlin

Probe și literatură prin:

Loew & Co. S. A. Sibiu

Uricedina

în tratamentul bolilor de nutriție cum sunt: Guta,
reumatismul, sciatica, boli de rinichi, afecțiunile
vezicii urinare, boli ale ficatului și ale căilor biliare,
atonie intestinală, obezitate.

Reprezentantă:

Loew & Co. S. A.
Sibiu

J. E. Stroschein, Chemische Fabrik K. G.

Berlin SO 36

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

GEDEON RICHTER S. A.

București V, strada Logofătul Tăut Nr. 99

— **TELEFON 56903** —

AMBESID

Tablete și fiole
Preparat sulfamidat

Conținând 0,40 gr. paraaminobenzolsulfamid pe tabletă

Fiole de 2 și 5 cc. cu un conținut de 10%

Indicat în stările de infecțiuni cu streptococi, stafilococi, meningococi

Scăpați pacientele Dvs. de chinurile menopauzei

Dându-le

OVACLIMAN

3 × 2 tablete pe zi

SYNTOESTRIN

Tablete și fiole

Preparat oestrogen sintetic cu formula :

4 ' 4 Dipropionil - oxi - alfa - beta dietilstilben
acțiune identică cu a hormonului folicular

1 fiolă sau 1 tabletă = 1 mgr. substanță, corespunzând efectului a 10.000 Unit.

Internaționale hormon folicular cristalizat

M. Wschr., 1941/88. — Hrad : Derm. Wschr., 1941/10. — Herfeld : Derm. Wschr., 1941/13. — Hrad, Petriin : Wien Klin. W. 1941/31, — Hoffmann : Münch. Med. W. 1941/88. — Keining : Derm. Wschr., 1941., Bd. 112., H. 13. — Krückeberg, Piper : Derm. Wschr. 1941., Bd. 113., H. 28. — Krückeberg, Schulze : Derm. Wschr., 1941., Bd. 112., H. 33. — Lacassagne, Massia : Bull. Soc. fr. Derm., 1931, T. 46, Nr. 4. — Link : Arch. f. Derm., 1941., Bd. 182. — Loos : Derm. Wschr., 1941., Bd. 113., H. 38. — Löhe, Brett : Derm. W., 1942., Bd. 114., H. 3. — Mayr : Münch. Med. Wschr., 1941/37. — Mulzer : Derm. W., 1941., Bd. 112., H. 13. — Miescher : Derm. W. 1942., Bd. 114., H. 1. — Michon, Grollet : Presse Méd., 1941, p. 441. — Negreanu, Constantinescu : România Med. 1942/4. — Orsos : Derm. Wschr., 1940., Bd. 110. — Papadopol : România Med. 1941/18. — Pastinsky : Münch. Med. Wschr., 1940/17. — Pfalzgraf : Münch. Med. Wschr., 1941/14. — Popoviciu : Ard. Med. 1942/1. — Tătaru, Pop, Târlea : Clujul Med. 1938/II. — Tătaru, Pop : Clujul Med. 1939/2, Derm. W., 1941., Bd. 112., H. 19. — Vernes, Palazzoli : Ztbl. f. Haut u. Geschl., 1942, Bd. 68, H. 1. — Vonkennel : Ztbl. f. Haut u. Geschl. 1941., Bd. 67., H. 6. — Wilde, Krohne : Derm. W., 1941., Bd. 114, H. 67.

CLINICA DERMATO-VENERICĂ CLUJ-SIBIU

Director : Prof. Dr. C. Tătaru

RESUMÉ

Les sulfamides dans la dermatovénérologie

Dans la première partie de cet article l'auteur donne une vue d'ensemble sur l'histoire, la classification, le mode d'action, la posologie et sur les accidents de la chimiothérapie moderne par les sulfamides. Dans la deuxième partie on relate sur les résultats thérapeutiques obtenus dans la clinique dermatovénérienne de Cluj-Sibiu dans les différentes dermatoses. Dans la dernière, l'auteur passe en revue les maladies vénériennes, où on applique les sulfamides, en insistant spécialement sur les résultats excellents obtenus dans le chancre mou et dans la blennorrhagie.

ZUSAMMENFASSUNG

Sulfamide in der Dermato-Venerologie

Im ersten Teile der Arbeit gibt der Verfasser eine allgemeine Übersicht über die Geschichte, Klassifizierung, Wirkungsweise, Posologie und Zufälle bei der modernen Chemotherapie mit Sulfamiden. Im zweiten Teile berichtet er über verschiedene Dermatosen, welche in letzter Zeit auf der dermatovenerischen Klinik Cluj-Sibiu mit sehr gutem Erfolg mit Sulfamiden behandelt wurden. Im letzten Teile führt der Verfasser die ven. Erkrankungen an, bei deren Behandlung Sulfamide verwendet werden und hebt besonders die vorzüglichen Resultate bei Ulcus molle und Gonorrhoe hervor.

Medicină de războiu

Considerațiuni asupra activității echipelor volante chirurgicale în războiul actual

de

Dr. M. Păunescu
Med. Sit. Rez.

Echipele volante chirurgicale sunt formațiuni medico-militare cu un număr restrâns de medici, dar care au avantajul că se pot deplasa cu ușurință, fiind motorizate. Aceste echipe au un personal medical foarte redus, iar activitatea lor este legată de activitatea, unor formațiuni, sanitare mai mari, spre ex. spitale de zonă interloare apropiate de zona de operațiuni și în special spitalele de campanie. Aceste formațiuni, după cum însăși numele arată, prezintă o mare instabilitate, fiind chemate, acolo unde activitatea medico-chirurgicală e mai intensă, iar ori de câte ori, este nevoie, trebuie să întregască activitatea spitalelor de campanie.

Activând timp de mai multe luni, la una din aceste echipe, din observațiunile făcute și discuțiunile avute, cu colegii din alte unități similare, am putut constata, rolul important și eficace, al acestei formațiuni militare. Echipele, fiind constituite în general din medici tineri, putând a se deplasa, ușor, pe distanțe mari, posedând aparatura necesară de a lucra pe cont propriu, au avut randament foarte însemnat și eficace, în campania actuală.

Nucleul acestei formațiuni este constituit, dintr'un număr de 3 medici chirurgi, la care este atașat, un medic radiolog, cu aparat Röntgen, special construit, pentru campanii, cu grup electrogen și având aceeași eficacitate ca orice alt aparat similar.

Astfel fiind constituite, echipele volante chirurgicale, au activat când a fost nevoie la spitalele militare din Basarabia, imediat după recucerirea ei, din ghileze bolșevice și unde momentan lipsea personalul indicat. Activitatea aceasta a fost de scurtă durată, complexându-se spitalele militare cu personalul necesar. Adevărata activitate a echipelor, a fost însă pe lângă spitalele de campanie.

Echipele volante erau cerute de spitalele de campanie, care aveau o activitate temporară medico-chirurgicală foarte intensă, ce depășea puterile de muncă ale medicilor, spitalelor de campanie, colaborând și formând o secțiune chirurgicală aparte, care lucra pe cont propriu.

Inceputul activității echipelor, din care am făcut parte s'a desfășurat mai întâi în Basarabia de Nord, în

orașul Bălți, la scurt timp, după recucerirea lui, unde a condus secția chirurgicală a spitalului militar local și după scurt timp, a predat serviciul unei alte echipe chirurgicale ulterioare sosită, urmând ca echipa noastră să urmeze frontul. După câțiva timp însă și această echipă a plecat pe front, fiind cerută de un alt spital de campanie, fapt ce se întâmplase și cu noi.

Echipele volante chirurgicale, au funcționat, pe lângă spitalele de campanie, ca o secție aparte, de cele mai multe ori și numai odată, s'a încadrat printre medicii proprii spitalului.

În Basarabia, la Tîghina, unde echipa chirurgicală a activat mai mult timp, a lucrat ca o secție aparte, iar din cauza numărului mare de răniți a fost la rândul ei, întărită de o altă echipă chirurgicală, formată însă dintr'un medic și 2—3 doctoranzi în medicină.

S'au efectuat tot felul de intervenții chirurgicale urgente, ca: amputații, laparotomii, extracții de corpi străini, schije sau proiectile și tratamentul fracturilor deschise sau închise prin aparate de extensie sau ghipsate.

Conducerea noastră de flut a fost ca niciun rănit fracturat, să părăsească spitalul, fără a i-se fi tratat fractura, prin unul din mijloacele de care dispuneam.

Foarte utile s'au dovedit, aparatele de extensie Thomas, care asigurau reducerea fracturii și făcea ca răniții să fie ușor transportați, cu autosanitare, când se făceau evacuări, spre zona interioară. În această privință se poate afirma că serviciile spitalicești de campanie, au fost bine înzestrate, cu tot materialul necesar.

Echipele chirurgicale erau dotate cu un mare autotobus, sau mai multe autosanitare, deși ar fi fost de dorit, ca să fie înzestrate cu autochirurgicul, prevăzut pentru mobilizare, asigurând facerea intervențiilor urgente, chiar pe teren deschis și în imediata apropiere a frontului.

În Basarabia de nord și Transnistria (Râmnic) echipa chirurgicală a activat intens, efectuând tot felul de operațiuni și pansamente.

Se cuvine a fi menționată, frumoasa inițiativă a spitalului de campanie cărula am fost atașată, care cu un dezvoltat spirit umanitar, a dat consultații și ajutoare chirurgicale populației civile, ce a avut de suferit, de pe urma războiului, făcând internări în cazuri grave, iar în cele mai ușoare, dând numeroase ajutoare medico-chirurgicale persoanelor rănite, prin exploziuni de granate, obuze, găsite de tineri, mai ales pe câmp și care în necunoștință, de pericolul ce prezentau aceste arme, s'au folosit de ele, făcându-le să explodeze, după urma cărora s'au ales cu grave răni.

În urma campaniei aprige, pornite pentru cucerirea Odesei, echipa volantă chirurgicală, ca și alte formațiuni similare, au fost cerute de alte spitale, aparținând altor mari unități, în care scop, a trebuit să se deplaseze efectuând într'o singură zi peste 150 km.

În Basarabia de sud (Tîghina) și mai apoi în Transnistria, (Troscoye) echipa chirurgicală, a avut una din cele mai intense activități.

În colaborare cu noua unitate, căreia a fost atașată, echipa a format o nouă secție chirurgicală, făcând operațiuni de tot felul, fiind ajutată însă de o altă echipă chirurgicală, formată în cea mai mare parte dintre doctoranzii în medicină, aduși cu avioanele sanitare.

În aceste 2 localități susmenționate, s'a desfășurat o enormă activitate, depunându-se o muncă foarte intensă, ce a necesitat energie, putere de conducere și o mare conștiințozitate. Deoarece spitalul civil din Tîghina, se redeschisese de curând și nu avea personalul medical necesar, echipa volantă a colaborat intim cu acest spital, tot în interesul armatei, detașând un medic, care să activeze în cadrul acelui spital, ajutat fiind de unii colegi, dintr'o altă echipă chirurgicală.

A descrie activitatea dezvoltată ar fi de prisos, totuși trebuie să fie menționat înaltul spirit de sacrificiu, de care au dat dovadă toți medicii, *ce au colaborat într'un spirit armonios și plin de conștiința răspunderii*, pentru a salva și ușura, cât mai multe dureri, ale bravilor noștri răniți.

Și aici, ca și mai înainte s'au dat numeroase ajutoare populației civile și în special micilor copii, care au avut de suferit numeroase răni, fie de pe urma bombardamentelor aeriene, fie în urma exploziei numeroaselor materiale explosive, lăsate pe șosele, la marginea satelor, sau prin lanurile de grâu, de bolșevici în retragerea lor precipitată.

Deplasându-se împreună cu spitalul de campanie, în zona de operațiuni în Transnistria, echipa, a format acest spital, o nouă secțiune de chirurgie însă din cauza localului impropriu, a activat separat, în alt local, făcând pe lângă operațiunile urgente și serviciul de primărie și evacuarea răniților, primiți de pe front.

Trebuie arătat aici, fără a avea pretențiunea de a critica, că mijloacele de transport ale răniților n'au fost tocmai cele mai ideale, din cauza autosanitarelor, care erau în număr redus și aveau în general o suspensiune foarte necorespunzătoare, cauzând în timpul evacuării, multe neplăceri mai ales răniților cu fracturi.

Trebuie să aducem toată recunoștința noastră bunilor camarazi germani, care cu un înalt spirit de camaraderie și înțelegere, a durerilor omenești, s'au oferit a ajuta evacuarea răniților noștri, până la sosirea automobilelor cerute de noi. De această îndatorire s'au achitat, într'un mod admirabil, contribuind și mai mult la adâncirea sentimentelor prieteniei și de bun aliat.

Aici s'au efectuat din cauza localului necorespunzător, operațiuni mai mici, în special debridări, aparate ghipsate și de extensie, precum și pansamente, iar operațiunile mai mari în special pe abdomen, echipa le-a efectuat, în localul spitalului de campanie.

Prin funcționarea aparatului de Roentgen, cu grup electrogen, s'a ușurat într-o mare măsură extracțiile de corpi străini, cărora li s'a precizat localizarea, iar prin aceasta, operațiunea, era mai rapidă, mai puțin traumatizantă și cu mai puține dureri. Aparatul era prevăzut cu toate accesoriile necesare unei bune funcționări și a fost extrem de eficient, pentru chirurșii formațiunii lor, unde a funcționat, făcându-se pe loc, controlul fracturilor deschise sau închise prin aplicarea de aparate ghipsate. S'au efectuat sute de radioscopii și mai puține radiografii.

Luminarea sălilor de operații, improvizate cele mai multe, s'au făcut cu lămpi cu carbid, sau Petro-max-uri, care au fost suficient de eficiente, însă necesitau o schimbare prea deasă, a manșonului incandescent.

Către sfârșitul Campaniei contra Odesei, necesitățile sanitare militare, au făcut, ca echipa volantă chirurgicală, să fie chemată a lucra într'un spital, nou, înființat la Cetatea-Albă.

Aci, a format conducerea tehnică a acestui spital și a desfășurat până la demobilizare, o intensă activitate, lucrând cu două secții chirurgicale, fiind întărită cu echipa volantă din Transnistria. S'au efectuat numeroase intervenții variate, obținându-se rezultate apreciabile.

Am făcut observațiunea, atât cât timpul ospitalizării, răniților, în torace prin arme de foc, ne-a permis, la plăgile unipolare sau bipolare, că spălăturile largi făcute cu sol. Rivanol 10/00, după prealabilul drenaj, făcut în mod natural, au dat rezultate foarte bune. Acestui tratament, s'au adăugat, acolo unde cazurile permiteau, un bandaj toracic și s'a instituit consecutiv, un tratament cu Sulfamide, date în doze masive, precum și administrarea de Calciu gluconat 10% prin injecții intravenoase.

La cei cu tuse rebele, s'a administrat în plus calmante, obținându-se prin aceste mijloace o ameliorare, a stării generale surprinzătoare, la acei răniți unde supurațiunea nu era înaintată, iar la alții mai gravi, am ajuns de a-l pune în situațiunea, de a fi evacuați, spre spitalele de specialitate, din zona interloară.

Activitatea echipelor volante chirurgicale în general, a fost aproape aceeași, cu mici variațiuni, după locul unde au activat și după împrejurările, în care s'au găsit.

În general, ele au colaborat cu spitalele de campanie și prin dotarea lor completă cu autoclave, trusă chirurgicală, pansamente și medicamente, având la dispozițiune și un mare cort de pânză, ușor montabil, au putut, să depună maximul de efort și să dea randamentul așteptat. Aparatul de Roentgen, cu care fiecare echipă volantă chirurgicală era înzestrată, a fost de un real folos, totdeauna și pentru toate unitățile, medicomilitare, unde echipele au activat.

S'a criticat, atașarea echipelor volante spitalelor de campanie, crezându-se necesar, că ar fi mai bine, dacă ar fi activat, colaborând cu ambulanțele divizionare dar aceasta de sigur, este de competența forurilor militare superioare, pentru a da soluția necesară.

Funcționarea echipelor chirurgicale s'a dovedit a aduce o reală și eficientă colaborare cu spitalele de campanie și au făcut, ca aceste formațiuni, să dea maximul de randament așteptat.

Astfel la spitalul de campanie Nr. 22 condus de d-l Medic Lt.-Colonel Dr. Mihăilescu Gh. și mai apoi la spitalul Nr. 21 condus de d-l Medic Lt.-Colonel Dr. R. Marinescu, echipa volantă chirurgicală, din care am făcut parte, s'a achitat de obligațiile sale, într'un mod satisfăcător, fapt menționat de forurile militare superioare, activând în Basarabia de nord și Basarabia de sud precum și în Transnistria.

În momentul cuceririi Odesei, echipa chirurgicală își desfășura activitatea la Cetatea-Albă și până la demobilizare, a condus serviciul spitalicesc de aci, luând întreaga conducere, din punct de vedere tehnic, până la completa evacuare, a tuturor răniților, spre spitalele de zonă interloară.

Cele câteva mii de răniți, pansați, operați și evacuați, numai de această formațiune, au făcut ca echipa volantă chirurgicală să-și dea maximul de efort medical așteptat și activitatea ei să fie menționată de forurile sanitare militare competente.

Notă asupra evacuării răniților în campania actuală

de

Dr. Crișan I. Mircioiu

Problema evacuării răniților a fost una din problemele importante pe care a trebuit să le rezolve Serviciul Sanitar, în Campania actuală.

Lucrând la diferite formații sanitare, am fost pus

în situația de a urmări felul cum s'a făcut transportul și evacuarea răniților începând din linia întâi și până la formațiile sanitare ale Corpurilor de Armată, — respectiv, Spitalele de Campanie.

Dela acestea până la formațiunile spitallcești din zona interloară, evacuările se făcea utrecând prin *centrele de triaj*, care cu mijloace speciale dirijau evacuarea răniților la formațiuni înzestrate cu mijloace deosebite de tratament pentru fiecare caz în parte. Aceasta însă, nu se întâmpla totdeauna pentru că în funcție de împrejurări, de multe ori, Spitalele de Campanie evacua direct către zona interloară.

Neapărat că greutățile de rezolvit privind evacuarea răniților sunt cu mult mai mari în prima serie de eșaloane sanitare, dela batalion și până la ambulanța divizionară, decât în restul seriei de formațiuni sanitare dela Spitalul de Campanie la Spitalul de zonă interloară. În adevăr, lipsa pericolului iminent și permanent, stabilitatea mai durabilă, posibilitatea de spitalizare mai mare și mai îndelungată, mijloacele de tratament mai complexe, toate acestea asigură — la ultimele eșaloane — posibilitatea unei evacuări sistematice a răniților.

Amintim dintru început că nota de față nu cuprinde decât câteva considerațiuni asupra celor văzute de noi, în campania actuală.

Numai în dorința de a fi folositoare, experiența este amintită aici, socotind că ea ar putea folosi și altora, sau adunată la mulțimea observațiilor făcute, ar putea folosi în ameliorarea organizării evacuațiilor răniților.

Despre înțelesul ce trebuie să se dea noțiunii de „Transport” și celei de „Evacuare”, amintim că I. Gilorteanu în lucrarea sa „Chirurgia de război” dă următoarele definiții: „Transportul răniților constă în îndepărtarea lor imediată după rănire, la prima formațiune capabilă să le dea îngrijirile necesare. El se face pe drumul cel mai scurt accesibil și cu mijloacele cele mai rapide”.

„Evacuarea este dirijarea răniților după ce au primit intervențiunea chirurgicală respectivă, către o formațiune sanitară îndepărtată, unde să-și poată termina vindecarea”.

Noi credem că noțiunea de „Transport” este subordonată noțiunii de „Evacuare”; și dacă aceasta din urmă pune accentul mai mult pe terapeutică, trebuie să admitem, întru cât este vorba de dirijarea către o formațiune sanitară îndepărtată, că evacuarea fără transport nu se poate.

Pe de altă parte, cum de-a-lungul eșaloanelor serviciului sanitar militar, fiecare formațiune dă îngrijirile pe care poate să le dea răniților, ar fi poate mai nimerit să se vorbească numai despre „evacuare”, noțiune în care este îmbinată și transportul și îngrijirea răniților.

Oricare ar fi formațiunea care face evacuarea răniților, aceasta trebuie făcută ținându-se seama de starea

de gravitate în care aceștia se găsesc. În evacuarea răniților am ținut și noi seama nu numai de clasificarea tuturor autorilor, ci și de experiența care ne indica urgența. Astfel, am socotit și noi răniții de *prima urgență*, deci răniții la care evacuarea imediată se impunea imperios: Plăgile unde se aplicau garourile, plăgile abdominale, plăgile toracale, plăgile articulațiilor mari, sfărâmarile de membre, rănițile craniene profunde, fracturile deschise.

Plăgi de a doua urgență: fracturile închise ale oaselor mari, plăgile profunde și întinse ale părților moi.

În sfârșit, cele mai puțin urgente erau: plăgile superficiale, plăgile simple în seton, fracturile oaselor mici dela mână și picior.

În aceeași lucrare amintimă mai sus, Gilorteanu, după experiența războiului trecut, dă următoarele date statistice, ajutătoare în problema transporturilor:

„În timpul luptei cad aproximativ 10% din efectivul total al luptătorilor. Din aceștia, 15% sunt morți, iar restul de 75% răniți. Din totalul răniților 5% prezintă răni ușoare și se întorc la front, după ce au fost pansați, iar restul de 80% trebuiesc evacuați.

Din totalul evacuațiilor, $\frac{2}{3}$ se autoevacuează și $\frac{1}{3}$ trebuiesc transportați.

Din cei netransportabili $\frac{1}{3}$ se transportă culcați și $\frac{2}{3}$ șezând”.

Războiul actual credem că a modificat în mare măsură aceste date statistice și impresia noastră este că toate aceste date s’au mărit, atât la numărul celor ce cad în timpul luptei, cât și a celor ce mor, scăzând la cei ce trebuie să se autoevacueze, numărul acestora fiind cu mult mai mic.

Aceasta se datorește fără îndoială posibilitățile de distrugere mărite, grație puterii de foc și armelor noi de care s’a folosit cu intensitate războiul actual.

De altfel în „România Medicală” din 1. X. 1941 Maior Dr. N. Stroescu în articolul „Tratamentul și evacuarea răniților la posturile de prim ajutor la un regiment de grăniceri”, vine să întărească impresiile noastre.

Iată ce spune autorul la „Evacuări”: 4% din ostași erau cu mici zgârieturi sau plăgi superficiale neînsemnate. Aceștia după pansament se întorceau la unitate.

O altă parte de 8—10% cu plăgi ușoare ale membrilor superioare se evacua pe jos sub conducerea unui mai mare în grad dintre ei, la Ambulanța Divizionară.

Dela postul de prim ajutor regimentar până la Ambulanța Divizionară 80% dintre răniți s’au transportat cu autosanitarele în ordinea urgenței”.

Evacuarea răniților prezintă mai multe aspecte, după cum ea se face dela linia 1-a la Ambulanța Di-

vizionară și dela Ambulanța Divizionară la Spitalele de Campanie și chiar dela acestea către zona interloară.

În cadrul primei evacuări a răniților, dela front la Ambulanța Divizionară, trebuie să distingem două etape: Dela front trecând prin postul de prim ajutor până la stația de trăsuri și dela stația de trăsuri la Ambulanța Divizionară.

Până la postul de prim ajutor, răniții vin aduși de brancardieri, sau vin singuri, întru cât se pot deplasa. Împărțirea brancardierilor la companii, este în funcție de medicul de batalion. Amintim numai principiul general cunoscut, după care, maximul efortului sanitar trebuie concentrat acolo unde se dă maximul de efort în luptă.

Activitatea sanitarilor va fi condiționată de plasa lor, astfel ca aceasta să se facă pe cât se poate în rezerva companiilor, iar întrebunțarea lor să se facă sau în perioada de acalmie a focului, sau în orice timp atunci când terenul permite strecurarea lor.

A pretinde sanitarilor, așa cum se întâmplă de multe ori, să alerge prin ploaia de gloanțe, fără posibilitate de apărare, înseamnă a mâna la moarte în mod inutil oamenii cari, nu numai că aduc o jertfă zădărnică, dar descompletează și posibilitățile întregului sistem sanitar.

Dela postul de prim ajutor batalionar, trecând prin postul de ajutor regimentar, răniții sunt transportați, — după prima triere ce s'a făcut, — în ordinea gravității, la stația de trăsuri, fie cu brancardele (cele mai des întrebunțate au fost cele cu bare de fier, demontabile, mult mai ușoare și mai ușor portabile decât cele de lemn), fie cu cărucioarele Mestrovici. Aceste cărucioare trase de un cal, având două țărți suprapuse, au adus destul de mari servicii în campania actuală, prin aceea că s'au putut apropia destul de mult de linia de foc în vederea ridicării răniților. Au însă defectul de a constitui o țintă vizibilă, fiindcă calul nu se poate ascunde, și în al doilea rând, merg mult prea încet și fac prea puține transporturi pentru sarcina pe care o impun.

În prima parte a războiului actual, războiul prin excelență de mișcare, stația de trăsuri trebuie să vină cât mai aproape de teatrul de operații și a venit. Stațiile de trăsuri ale Ambulanței Diviziei de Gardă (ca să dăm numai un exemplu) au fost totdeauna la nivelul postului de prim ajutor regimentar și chiar batalionar. În acest fel și problema triajului era mai ușor rezolvită, fiindcă, medicul regimentar poate face și trierea răniților, supraveghind încărcarea lor în mașini.

Credem că nu se mai poate pune în ceea ce privește transportul răniților problema căruțelor cu aparate de suspensie, decât în cazuri cu totul excepționale. Pentru că abundența în general mare de răniți la stațiile de trăsuri, viteza cu care transporturile trebuie

să se facă pentru a putea face cât mai multe transporturi, posibilitatea redusă de a leși prin viteză cât mai repede din câmpul periculos al proiectilelor, toate acestea îndepărtează căruța ca pe un mijloc anacronic și nepotrivit dela transportul răniților.

Nu lipsim a aminti și aici, cum am amintit și în altă lucrare a noastră, că mașinile sanitare „Ford” care au fost utilizate în campania actuală, nu corespund din toate punctele de vedere transportului răniților; dacă sunt înalte și pot străbate orice drum cu o viteză multumitoare, țărțile ca și mașina însăși nefiind prevăzute cu amortizoare speciale, sdruncnă teribil, supunând răniții la chinuri groaznice. De asemenea, lipsa de etanșetate a mașinilor le umple în drum de praf, ceea ce mărește chinul răniților. Credem de asemenea că la un volum prea mare, încap prea puțin răniți.

Cât privește numărul răniților cari se pot urca într-o autosanitară, dacă, cartea amintește de 4 răniți culcați și 6—8 răniți șezând, în practică cifrele au fost cu mult depășite, pentru că, pe lângă cei patru culcați, se suiau și 6—9 răniți șezând și aproape totdeauna, tot atâția în picioare, altfel neputându-se face față aglomerației.

Evacuarea se sprijină în general pe sistemul ajutorului pe care l-am putea numi „înlanțuit”. Ambulanța Divizionară ajută în aglomerația răniților, regimentele, Corpul de Armată ajută Divizia, Armata ajută Corpul de Armată, fiecare eșalon sanitar nefiind decât o verigă din lanțul neîntrerupt al tuturor eșaloanelor.

În general, atunci când frontul avea răniți mulți, toate autosanitarele Diviziei erau trimise la stația de trăsuri pentru a aduce răniții la ambulanță.

Greutatea într-o Ambulanță Divizionară survenea atunci când la o aglomerație extraordinară de răniți trebuia să se facă față atât cu privire la transportul răniților dela Stația de trăsuri la Ambulanța Divizionară, cât și cu privire la tratamentul acestora și la evacuarea lor la formațiunile dinapoi.

Trecem peste partea de triaj și de tratament în cadrul Ambulanței Divizionare, despre care am vorbit în altă parte; notăm doar că răniții erau luați la tratament în ordinea gravității și întru cât erau răni de gravitate egală, în ordinea vechimii, după care răniții erau așezați în locuri pe cât posibil adăpostite în vederea evacuării către Spitalele de Campanie.

Problema tratamentului rezolvită, se pun în evacuarea răniților mai multe ipoteze: Dacă răniții pe front nu erau așa de mulți, o parte din autosanitarele Diviziei erau trimise la stația de trăsuri, iar altă parte începea să transporte răniții dela Ambulanță către Spitalele de Campanie.

În cazurile unde pe front erau mulți răniți, Ambulanța trimetea toate autosanitarele pentru a aduce răniții de pe front. Pentru evacuarea răniților spre Spl-

talele de Campanie, Corpurile de Armată (serviciul Sanitar) trimeteau la referințele șefului ambulanței privind numărul răniților, autosanitare în limita posibilităților, pentru că în același timp, Corpul trebuia să vină în ajutorul tuturor ambulanțelor din subordine.

De multe ori însă, s'a recurs pentru transportul răniților la camioanele pentru transportat muniții, cari se întorceau goale de pe front. Nu mai pomenim nimic de felul cum călătoreau răniții, oricâte pale s'ar fi pus, dacă știm că în mașinile sanitare, mai mult sau mai puțin amenajate, evacuarea se făcea prost.

La aceste mijloace se adăugau în cazurile de aglomerație și auto-turismele cu care erau prevăzute ambulanțele divizionare și cari, oricât de puțin încăpătoare pentru răniți, totuși puteau ajuta și ele la ușurarea aglomerărilor.

Se avea totdeauna grije să se păstreze una sau două autoturisme în rezervă, pentru a fi întrebunțate atunci când urgența cerea evacuarea rapidă a unui rănit, ca de exemplu a unui abdominal, către un post de intervenție imediată.

Cât privește remorclele cu cari au fost prevăzute autoturismele, ele n'au fost decât un balast nenorocit, căci au fost cu totul neîntrebunțabile în evacuarea răniților, cauzând chiar atunci când au fost întrebunțate, stricăciuni autoturismelor însăși; și de altfel, cea mai mare parte au rămas dincoace de Nistru.

Amintim că la Murgeni, unde Ambulanța Diviziei de Gardă lucra chiar în spitalul din localitate, răniții erau transportați din Ambulanță direct cu trenul sanitar la Spitalele de Zonă interloară, ceea ce constituia o mare ușurare pentru răniți și chiar pentru sistemul de evacuare, deoarece toate autosanitarele disponibile făceau numai transportul răniților dela front la ambulanță. Aceasta n'a fost însă decât un caz cu totul excepțional.

Dela Spitalul de Campanie, evacuarea răniților către zona interloară s'a făcut fie cu autosanitarele spitalului, sau cu cele puse la dispoziție de Armată până la trenul sanitar; cu trenul sanitar și chiar cu avionul sanitar către zona interloară, prin intermediul centrelor de trlaj.

Rezumând în câteva cuvinte problema evacuării răniților, vedem că ea a fost rezolvită astfel: dela postul de prim ajutor, la stația de trăsuri, evacuarea se face cu brancardieri și cărucioarele Mestrovici.

Dela Stația de trăsuri la Ambulanța Divizionară, evacuarea se face cu autosanitarele Diviziei.

Căruța, chiar cu aparate de suspensie, ca mijloc de evacuare este excepțională.

Dela Ambulanță la Spitalele de Campanie, evacuarea s'a făcut fie cu autosanitarele Diviziei atunci când era posibil, fie cu cele venite dela Corpul de Armată, fie cu mijloace improvizate, camioane de mărfuri și muniții.

Succinta privire aruncată aici asupra evacuării răniților, arată că aceasta impune câteva deziderate cari presupun sacrificii materiale, dar care trebuiesc neapărat satisfăcute.

1. Dat fiind posibilitatea mare de rănire în războiul actual, ca și numărul mare de răniți, mijloacele de evacuare trebuiesc mărite la toate eşaloanele.

Se va avea în vedere și posibilitatea de stricare a mașinilor în așa fel ca prin aceasta, sistemul de evacuare să nu sufere, așa cum s'a întâmplat de multe ori când numărul mașinilor fiind redus la jumătate, sistemul evacuării se tulbura în toate eşaloanele.

2. Regimentele de Infanterie ar trebui prevăzute cu câte o autosanitară sau două, care ar face transportul răniților către Ambulanțele Divizionare, ușurând sarcina acestora.

3. Autosanitarele trebuiesc prevăzute în așa fel ca să poată fi folosite cu maximum de folos, în orice caz, cu mai mult confort pentru răniți.

Despre motorizarea ambulanțelor ca și despre prezența la stațiile de trăsuri a motocicletelor brancarde, nu amintim decât ca despre deziderate necesare, care fiind în funcție de mijloacele materiale, nu atârănă decât de prezența acestora pentru a fi realizate, foloasele ne mai putând fi puse în discuție.

În orice caz, s'ar putea prevedea printr'un plan dinainte fixat, înzestrarea treptată a Serviciului Sanitar cu mijloace moto-mecanizate, în așa fel, ca într'un interval dat, motorizarea serviciului sanitar să fie fapt împlinit.

CLINICA CHIRURGICALĂ CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. Al. Pop

Considerațiuni asupra chirurgiei de războiu la un post de prim-ajutor batalionar în actuala campanie

de

Dr. Victor Mărlău

Med. Sublt. rez. Reg. 30 D.

Din secolul trecut, începând mai ales cu războiul ruso-japonez și până în zilele noastre, mijloacele de distrugere se perfecționează în mod rapid, fiecare luptă aducând o armă nouă, o strategie nouă. În aceeași măsură, însă, același om care a născocit pe primele, trebuie să le găsească și antidoturile, măsurile prin care să le anihileze total sau parțial efectele. Unii distrug și alții repară! În această ultimă categorie, ne găsim, noi serviciul sanitar, cu obiectivul nostru ultim: câți mai mulți salvați, câți mai mulți recuperați, minime invalidități. Fiecare luptă, care a trecut, e un capital de experiență și învățăminte, și punctul de plecare pentru un alt războiu viitor.

Actuala organizare și dotare sanitară este, în mare măsură, consecința învățămintelor aduse de întâiul războiu mondial. Cât, cum și unde a corespuns sau nu actualele lupte, vom vedea în ceea ce urmează.

Ca medic de batalion am avut în subordine 2 sanitari și 4 brancardieri pentru postul de prim-ajutor batalionar și 1 sanitar și 4 brancardieri de fiecare companie. Dotarea cu instrumentar și material sanitar totdeauna suficient. Mijloacele de evacuare: un cărucior Mestowich tras de un cal, și câte 2 târgi de fiecare companie.

Batalionul a intrat în lupte, dela 5 August până la căderea Odessel.

Au trecut pe la postul de prim-ajutor batalionar, pe câmpul de luptă, 653 răniți care au trebuit să fie evacuați și 132 răniți ușor, și cari, conform ordinilor au fost tratați și vindecați la unitate. Un singur caz de evacuat medical: o pleurezie.

Din cei 653 răniți evacuați, agentul provocator a fost la 473 schije de Brandt, granate, artilerie și bombe, și la 180 glonțul de mitralieră, pușcă automată, pușcă, pistol automat și mitralieră de avion.

Au fost 5 cazuri răniți prin gloanțe Dum-Dum.

Considerate pe organe și categorii am avut următoarele cazuri de răniți: 71 cap (10%); 94 torace (13%); 24 abdomen (3%); 183 membrele superioare (25%); 207 membrele inferioare (29%); 50 fese, lombe, genitale (7%); 39 articulații; (5%); 4 coloana vertebrală (0,6%); 43 fracturi (6%); 20 hemoragii arteriale; 5 hemoragii interne; 5 șocați nervoși.

Au fost răniți pe partea dreaptă 220 și pe partea stângă 340 (excepție răniții dela cap și abdomen).

S-au executat, pe câmpul de luptă 1203 pansamente: curățiri, cu sau fără drenaj, la cei 653 evacuați

majoritatea cu răni multiple); 45 imobilizări provizorii pentru fracturați; 105 extracții de proiectile; 17 hemostaze arteriale dintre cari 14 ligaturi, 1 tamponament și 2 garouri; 9 completări și curățiri de amputații; 405 injecții cu ser antitetanic și 60 antitangrenos.

* * *

Pentru a face față unui număr prea mare de răniți într-o unitate mică de timp, atât ca tratament, cât și evacuarea lor, am organizat serviciul bazat pe diviziunea muncii. Dar această diviziune cere sanitari și brancardieri bine instruiți și devotați. Imprejurarea a făcut, ca la aceeași unitate, cu care am fost mobilizat, să fac câteva perioade de concentrare anterioare. Eram responsabil de pregătirea lor.

La postul de prim-ajutor, când sosea rănitul, se proceda astfel: 1 brancardier tăia pansamentul aplicat pe prima linie, când era, sau halna pe cusătură desvelind plăgile; 1 sanitar curăța instrumentele și le flamba, pe măsură ce unele se utilizau altele erau gata; 1 sanitar pregătea fiolele și încărca siringa cu serurile sau cardiotonicele necesare și le injecta la ordin; personal executam pansamentele. Când terenul ne ajuta și eram bine camuflați, făceam față oricărui număr de răniți. Când eram văzuți, sau ne întâmplam în zone de bătăie a artileriei inamice, suspendam lucrul, fiecare rănit camuflându-se în mășți, șanțuri sau după ziduri. Această neliniște și nesiguranță ne conturba foarte mult, zădărnindu-ne zelul și munca. Bolșevicii nu respectă convenția dela Geneva, așa că identificarea postului de prim-ajutor batalionar cu pânză albă cu cruce roșie, nu numai că ar fi fost inutilă, dar periculoasă. Camuflarea postului de prim-ajutor în câmp deschis, e aproape imposibilă. După regulamentul serviciului sanitar în campanie, postul de prim ajutor trebuie așezat între 800—1500 m. de prima linie. Aceasta a fost experiența războiului trecut, și a avut în vedere să-l scoată din bătălia eficace și ochită a armelor și mitralierelor inamice. În actuala campanie însă, arma cea mai întrebunțată de inamic a fost Brandtul, cu o bătăie eficace de 4—6 km. Postul de prim-ajutor cu răniții care se adună, cu halnele deschise și pansamentele lor albe, cu cărucioarele și cari necesari sunt ținte mari și sigure. În câmp deschis, e imposibil să lucrezi, ziua, la distanța regulamentară. Acesta este momentul cel mai greu pentru medic, când unitatea sa are câmp deschis în față și

atacul nu reușește, să împingă prea mult pe înamic, și, totuși, trebuie să panseze.

Cele 473 răni prin schije s'au datorat, în majoritatea absolută a cazurilor, aruncătoarelor Brandt, arma care scoate cel mai mulți soldați din luptă. Urmează în ordine schije de artilerie, granate și bombe. Mînele nu rănesc, ele omoară! Plăgile datorite schijelor se prezintă de la simplu tatuaj, până la adevărate amputații explozive de membre. Totuși, gravitatea rănilor prin schije nu constă atât în distrucția anatomică (cele grave rămân deja pe câmpul de luptă) cât în infecțiozitatea lor. Schija rănește după ce a ajuns pămîntul și duce odată cu ea pămînt sau bucăți de haine în plagă.

Am fost conduși în tratamentul plăgilor de războiu de următoarele principii fundamentale: 1. Evoluția ulterioară a rănilor depinde în mare măsură de primul tratament aplicat. 2. Curățirea plăgilor, extracția pe cât posibilă a proiectilelor; și 3. Excizia plăgilor, debridare, drenaj (Delorme, Iacobovici, G. Roux, Regaud, Clavelin, etc.).

Curățirea se execută atât a tegumentelor dimprejurul plăgilor, fiind murdare și pline de sânge coagulat, cu tampoane imbibate cu apă oxigenată apoi cu benzină sau tinctură de iod. Curățirea plăgii propriu zis, de tot ce schija putea aduce cu ea, se făcea mecanic prin ridicare cu pensa sau tifon. Toate plăgile infundate (exceptînd torace și abdomen) se explorau cu un Péan, atât cât permite organul lezat și cu toată prudența spre a nu creta drumuri false. În felul acesta am extras numeroase schije și proiectile. În general, nu a fost nevoie de nicio anestezie, deoarece răniții vin la postul de prim-ajutor în plin șoc traumatic. Excizia și debridarea se făcea în mare, a părților mortificate și anfractuase. Recomandările lui Roux de a se face anatomic, fiind aplicabile și continuate la formațiile dinapoi unde chirurgul are timpul, instrumentarul și mai ales liniștea necesară. Drenajul plăgilor tunelate, în seton, infundate l-am considerat întotdeauna absolut necesar. Dotarea cu material a postului de prim-ajutor nu prevede tuburi de cauciuc. Executam drenajul cu meșe de tifon pe care le confecționam din feșea pansamentelor sterilizate, le imbibam cu apă oxigenată. Meșea îndeplinea două scopuri: absoarbe secrețiunile de pe traectul sau fundul plăgilor, menține traectul care s'ar obstrua prin contracțiunea și alunecarea straturilor, închizând traectul și secrețiunile într-o cloacă extrem de infecțioasă. Meșea nu trebuie introdusă forțat, în acest caz b'ochează scurgerile și nu le drenează.

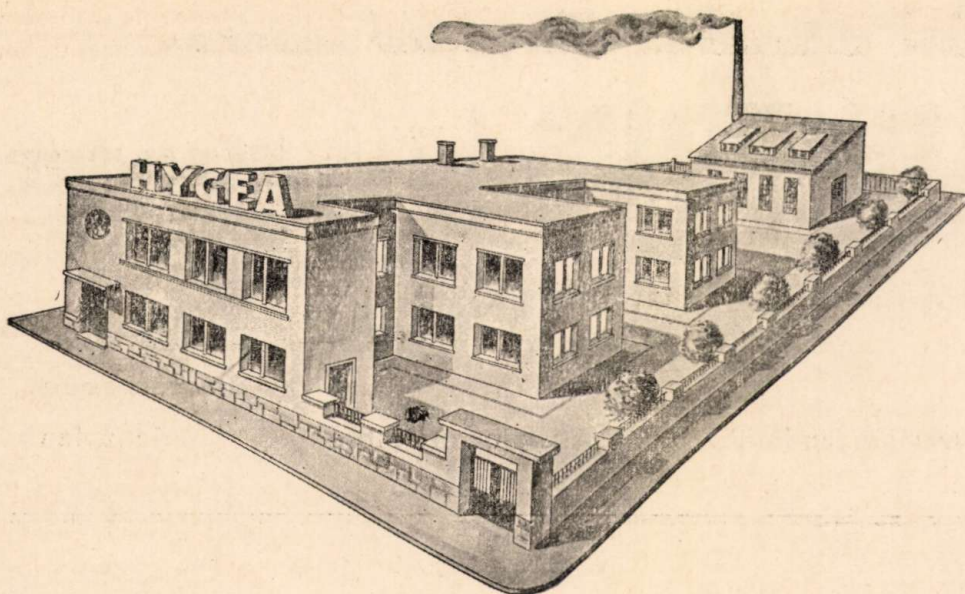
Plăgile datorite proiectilelor de arme cu glonț, dacă n'au lezat un organ vital, sunt mult mai ușoare. Exceptiile cele cu Dum-Dum, din care am avut numai 5

cazuri. Am observat totuși, că fracturile diafizelor lungi, cauzate prin gloanțe, erau multe, extraordinar de zdrobite.

În ordinea gravității plăgilor de războiu au fost cele abdominale, toracice (cu schije) și fracturile. Am avut 20 plăgi abdominale penetrante sau perforante, cu sau fără semne de perforații intestinale, sau hemoragii interne. Am urmărit soarta acestor mucenici și n'au scăpat niciunul. Nici chiar ofițer superior, transportat cu avionul în zona interioară. Poate numeric, s'ar zice, că nu sunt mulți, dar sunt toți! La postul de prim-ajutor, tratamentul lor se reduce la pansamente superficiale, remontări ale stării generale cu cardiotonice și serurile necesare și o grabnică evacuare. Cine speră să salveze un abdominal peste 4 ore de la rănire e prea optimist. Răniții toracici se prezintă la postul de prim-ajutor, extrem de șocați. De asemenea, li se făceau pansamente superficiale (compresiv dacă era o hemoragie, respectiv hemotorace) și cardiotonice. Evacuare în poziție șezândă. Majoritatea lor au fost salvați.

Fracturile deschise de diafize și articulații dădeau o durere extraordinară. Totdeauna, extrem de șocați de traumatism și durere. Transportul lor cu căruciorul Mestrowich e o tortură. Acestora, se curățau plăgile de corpuri străine, eventual de schije și eschile libere, se pansa superficial, drenând părțile moi cel mult, imobilizare provizorie. Aceasta o executam cu atele de lemn lungi și scurte cu care eram dotați. Pentru membrele inferioare însă, erau prea mici. Se suprapuneau două atele și le înfășuram cu o feșe. Intrebunțam batoneta sau improvizam din scânduri unde găseam. Le dădeam cardiotonice și morfină.

Din examinarea tabelului de răniți, relativ la repartiția plăgilor pe diferite porțiuni și organe, se constată două fapte; 1. Frecvența rănilor crește de la extremitatea cefalică spre membrele inferioare și 2. Numărul plăgilor pe partea stângă, în special la membrele superioare și inferioare sunt mult mai mari decât în partea dreaptă (340 în stînga și 220 în dreapta). Acest fapt l-am observat din primele lupte și am căutat să-l găsesc o explicație. Cu timpul, am observat, că plăgile datorite gloanțelor de arme lovesc organismul la întâmplare, am putea spune după legile hazardului, în diferite porțiuni. Numai plăgile prin schije au lovit în special partea stângă. De ce? S'ar putea presupune, că a intervenit voința soldatului de a-și expune mai mult extremitățile stîngi. Cum ar putea soldatul, să-și rănească părțile stîngi cu schije? Foarte simplu: scoțînd din mîncă mîna în sus în timpul tragerilor, sau ridicînd membrul inferior stîng. În acest caz, tot acest surplus de răni în stînga ar fi adevărate auto-mutilări.



MYKOCID

TINCTURĂ

Jodo-phenol-trichloroxy-
aethanol-dioxybensol-
formol-fuxin-borat

**Combaterea mi-
coselor parazi-
tare**



SENNA-CARBON

TABLETE

Folia sennae plv.
Fel tauri depur.
Carbo depur.
Sulfur depur.
Ol. phoeniculi
Ol. menthae

**Gastrite,
Gastro-enterite
Intoxicațiuni ali-
mentare,
Constipații**



SULFAZOL

TABLETE

0,20 Chlorhydrat de sulfa-
mido-chrisoidină
0,10 p-Aminobenzen-
sulfamidă

**Septicemii
Boli infecțioase**



Fabrica Hygea-Cluj S. A. R.

București V

Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44

[Pentru calmarea durerilor interne

NEOLUVERIN / Dr. Wander

Tablete

Supozitoare

In spasmele musculaturei netede

Dureri interne și postoperatorii

Dismenoree

Asociație de Paverină feniletilbarbit., Atropină metilbrom. și Amidoazofen

Asociația nouă de cărbune

CARBOWANDER

Tablete

Cărbune vegetal

Sulf

Senna

Choleinat de Sodiu

Atropină metilbrom.

Uleiuri eterice

Absorbant

Desinfecțant intestinal

Laxativ

cu efect antispasmodic și colagog

Menajează ficatul în afecțiunile tubului digestiv, grație efectului său colagog

Cistite

Pielite

VESTIN / Dr. Wander

Drageuri

Fiole injectabile

Pulbere

Desinfecțant intern al aparatului uro-genital pe bază de Fenilazodiaminopiridină

Mostre și literatură trimite la cerere :

Dr. WANDER S. A. - Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

București VI — Str. Cazărmei Nr. 89

Suspectând plăgile extremităților stângi, anchetam soldatul, atunci când îmi permitea timpul, asupra împrejurărilor care au dus la rănirea lui. Rezultatul a fost, că în războiul de poziție (adică soldații stau în măști) repartizarea plăgilor prin schije se face tot după legile hazardului ca și cele prin gloanțe. Numai în timpul atacurilor în câmp deschis, rănirile părților stângi au depășit cu mult pe cele din dreapta. Am observat că soldatul în fața unui pericol iminent, instinctiv, ascultând de legile firii, se trănțește la pământ pe partea dreaptă, utilizând cea mai mică cută de teren pentru cap și partea dreaptă. Razanța schijelor de Brandt lovește totuși părțile mai expuse, mărlind numărul bravilor răniți, ci nu este vorba de mlzerabili automutilați.

Dacă se mai pune tot în seama medicului asanarea câmpului de luptă, același medic, sanitar, brancardier, cu aceleași tărgi cu care evacuează și transportă răniții, se comite o greșeală. Brancardierul, care ridică un cadavru în putrefacție, nu mai poate, în momentul imediat, să-și panseze camaradul rănit. Mâinile lui sunt rezervoare de germeni al gangrenei gazoase! Morții nu mai aparțin medicului. Ei trebuiesc trecuți în seama preotului-ofițer, cărui să i se pună la dispoziție oamenii și instrumentele necesare pentru asanarea câmpului de luptă, cu strângerea morților în cimitire militare spre slava jertfelor.

Concluzii:

1. Dotarea și improspătarea cu materiale sanitare de consumare a fost totdeauna suficientă.

2. Mijloacele de evacuare, imperfecte și extrem de insuficiente, dacă am fi recurs numai la cele prevăzute. S'a făcut față totuși, prin spiritul de adaptabilitate la noua situație, efortul, munca și colaborarea tuturor factorilor de răspundere dela comandant, medic, sanitar și până la ultimul șofer sau conductor de cal. Am fost ajutați în această operă și de spiritul de înțelegere, și marea răbdare, a soldatului rănit.

3. În atacurile reușite predomină rănirile prin gloanțe; în atacurile, care nu scot pe înamic din poziția lui, sau îl mână prea puțin, plăgile cauzate de schije, în special Brandturi, depășesc considerabil pe primele. De aceea curba rănirilor prin schije creștea pe măsură ce frontul începea să stagneze în fața Odessel.

4. Frecvența rănirilor crește dela cap spre membrele inferioare. Rănirile prin schije de Brandt predomină extremitățile stângi fără a fi vorba de automutilări din motivele expuse mai sus.

5. Postul de prim-ajutor batallionar în câmp deschis fără posibilități de camuflare, trebuie scos din bătaia aruncătoarelor de Brandturi.

6. Asanarea câmpului de luptă nu se poate executa de același sanitari și brancardieri, care la un moment, trebuie să transporte cadavre în putrefacție și într'atul, imediat, să-și panseze camarazii cu mâinile pline de toți germeni infecțioși.

7. Oricât polimorfism se întâlnește în plăgile de război, totuși acestea se pot împărți în două mari categorii: 1. Plăgile de mare urgență chirurgicală acestea constituind adevărata chirurgie de război, și care trebuie să se execute chiar în zona de operații; 2. plăgile de mare chirurgie reparatoare și tratamente, care pot fi duse în zona interioară.

În prima categorie, sunt plăgile abdominale, transfuziile, fracturile zdrobite cu compromiterea extremităților etc. Nu s'a putut salva niciun abdominal pentru că niciunul n'a ajuns pe masa de operație în decurs de maxim 4 ore dela rănire.

8. Echipele volante de chirurgie trebuie dotate și mai ales încadrate cu medici de specialitate, care să execute chirurgia de mare urgență chiar în zona de operații.

9. Războiul, până în prezent, nu a depășit limitele permise ale umanității (exceptie Dum-Dum).

CLINICA CHIRURGICALĂ CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. Al. Pop.

Medicină preventivă

Principiile și postulatele fundamentale ale viitoarei organizări de ocrotire a familiei, mamei și copilului, în România

de

Prof. Dr. Gh. Popoviciu

1. Ocrotirea și asistența copilului în familia proprie, la nevoe într'o nouă familie crescătoare, cu intervenția și controlul Statului; *exceptional*, din motive

sanitare sau social-economice serioase, în institute.

2. Ocrotirea și asistarea familiei. Egalitatea juridică a sexelor. Avantajii pentru familii cu mulți copii

*) Din expunerea de motive a Anteproiectului de lege a ocrotirii familiei, mamei și copilului (v. și Nr. 1—3, 1940 al Revistei de Pediatrie, Puericultură și Nipologie).

(la salarii, indemnizații de chirie, impozite, taxe de moșteniri, etc.). *Impunerea celibatarilor* și a celor cari trăiesc în concubinaj.

3. Conducerea și supravegherea operei de ocrotire a mamei și copilului prin *Stat* (Ministerul sănătății și ocrotirilor sociale). Secundarea și completarea acestei activități prin *Societate*. Federalizarea instituțiilor pentru ocrotirea și asistența mamei și copilului sub controlul Statului.

4. Organizarea ocrotirii și asistenței mamei și copilului, prin *Consiliul Superior* al ocrotirii și asistenței mamei și copilului. Supravegherea executării hotărârilor Consiliului Superior și organizarea activității locale prin *Comitete* regionale, județene, urbane și comunale. Organe tehnice de conducere și execuție: a) *la centru*: *Direcția ocrotirii mamei și copilului* din Ministerul Sănătății; b) *ca servicii externe*: Inspectoratele generale sanitare, Serviciile sanitare județene, Oficiile de ocrotire și serviciile sanitare comunale și rurale, cu colaborarea instituțiilor de ocrotire a mamei și copilului, sub îndrumarea tehnică a institutelor de puericultură.

5. Certificat prenupțial. *Impiedecarea sau desfacerea căsătoriei* în boli psihice grave, tuberculoză deschisă, sifilis transmisibil, sau alte boli venerice contagioase, epilepsie, lepră, înrudiri ascendente-descendente directe.

5. *Consultații prematrimoniale și conjugale* pentru candidații de căsătorie și căsătoriți, în probleme igienice, economice, juridice (cu soluții privitoare la viața sexuală, reglementarea nașterilor, a lipsei de copii, aptitudinea candidaților). Favorizarea căsătoriei între *elemente biologice superioare*.

7. Egalitatea drepturilor *copilului natural* cu ale copilului legitim. Cercetarea paternității. Obligațiunile tatălui natural. Autoritatea părintească, suspendarea ei. Tutori; autoritatea tutelară. Adopțiunea.

8. Admisibilitatea restrânsă a *avortului terapeutic profilactic*, cu avizul a trei medici (directorul institutului, medicul asistent și un medic oficial) și cu proces verbal. Posibilitatea avortului în indicațiuni eugenetice sau sociale (cu avizul în plus al autorităților sociale-administrative). Declararea obligatorie a avorturilor. Efectuarea avorturilor eugenetice-sociale în sarcina Statului.

9. Combaterea infracțiunilor contra putoarei, bunelor moravuri, familiei și abandonului familial. Declararea obligatorie a sarcinei și a febrei puerperale. *Ocrotirea și asistarea femeii gravide în naștere și în lăuzie*. Instituții (consultații prenatale, azile pentru gravide, căminuri și cantine pentru mame, maternități, asistența la domiciliu). Repaos și ajutor de sarcină și lăuzie (pentru funcționare, femeile lucrătoare în instituții publice și particulare, inclusiv muncitoarele agricole);

extinderea lor și asupra femeilor neasigurate (prin Societate cu colaborarea Statului).

10. *Instrucția și reglementarea activității moașelor*. Intervenția lor în facerile și lăuziile normale și patologice (în acestea din urmă sub conducerea medicului). Instrucția și supravegherea în profilaxia obstetricală și supravegherea prenatală. Declararea oftalmiei noul-născuților. Instrucția viitoarelor mame. Educarea sexelor.

11. Ocrotirea noul-născuților, în special a prematurilor și debililor congenitali (inclusiv prin instituții). *Obligatoritatea alăptării* cel puțin 5 luni (exceptând cazurile bine motivate). Angajarea doicei (după 4 luni dela naștere, cu examen medical); ocrotirea copilului doicei. *Instituții pentru copii de sân* (dispensar, cameră de alăptare, echipă puericulturală, bucătărie de lapte, etc.). Controlul copiilor alăptați artificial.

12. Principiile de bază ale funcționării *Centrelor pentru ocrotirea copiilor*; declararea de dependent, prin secția tutelară; plasarea în familii (colonii); asistarea copiilor de sân din Centrele pentru ocrotirea copiilor; eliberarea copiilor; relații cu alte instituții de ocrotire și Societatea. Extinderea activității centrelor pentru ocrotirea copiilor asupra altor categorii de copii.

13. Căminurile de zi (inclusiv la țară, în timp de vară). *Instituții preșcolare și școlare*. Program școlar conform capacității biologice a elevilor. Îndrumarea la studii, profesii, acordarea de ajutoare, burse, conform gradului de dotare a copilului. Ocrotirea copiilor defectivi.

14. Spitalele de copii. Oficiile de ocrotire. *Centrele (Case) de sănătate (ocrotire)*. Activitatea medicilor și surorilor de ocrotire în ocrotirea mamei și copilului. Societăți de binefacere.

15. *Ocrotirea în industrie, profesii*; împiedecarea exploatării copiilor. Prevenirea și combaterea decăderii morale.

16. Înființarea *Institutelor de puericultură* în centrele universitare, cu serviciu pentru studiul fiziologiei infantile, serviciu dietetic, biologic, patologic, terapeutic, pedagogic și social-juridic al copilului, inclusiv secție de propagandă și secție didactică pentru medici, studenți, mame și personal auxiliar.

17. Crearea *Fondului Ocrotirii și asistenței mamei și copilului* alimentat din: contribuția bugetară a Ministerului Sănătății, mărită treptat până la $\frac{1}{3}$ din bugetul Ministerului, cât și din subvenții, legate, donațiuni, taxe speciale ($\frac{1}{3}$ din bugetul fondurilor sanitare și de ocrotire locale, impozitul celibatarilor, supracote la vânzări de bunuri mobiliare, la venituri industriale și comerciale, etc.). Întrebuințarea fondului în primul rând pentru nevoile locale, cu mărirea cotei părți în proporția mortalității infantile și a diminuării excedentului natural.

Cauzele mortalității infantile în România

de

Dr. Ghe. Gh. Vasilache

medic de circumscripție Dorna Candrenilor

II

Starea economică la orașe

La orașe, există o stare de fapt mult mai grea. În primul rând, vin capitalele de județ, municipiile, orașele porturi, orașele cu centre industriale, orașele cu schimburi comerciale locale. Aici femeile (mai bine zis populația) este supusă unei alimentații aproape fixe și uneori chiar, dacă nu în cea mai mare parte insuficientă. Ei se hrănesc mai mult cu carne, foarte puține grăsimi, legume, iar în ce privește produsele lactate, acestea nu se găsesc, decât la populația cu dare de mână. Din cauza acestei nesiguranțe permanente a zilei de mâine, când copilul devine un balast pentru mamă și pentru familie, de cele mai multe ori, dacă nu e cruțat, atunci, când este, va rămâne mai mult în neglijență și suferință, anume lăsat, pentru a sucomba.

De aceea în aceste orașe femeile sunt obligate a munci alături de bărbații lor în diferite întreprinderi, ceea ce cu copilul nu ar fi posibilă această muncă a dreptului de existență. În acele mari industrii nu găsim creșe speciale amenajate pentru copii și mamele lor, lucrătoare.

Iar acolo unde sunt, dacă există, nu sunt suficiente și nici nu li se dă atențiunea cuvenită, așa că mortalitatea își dă procentul său destul de ridicat.

De aceea la orașe procentajul denatalității este foarte mult crescut prin avorturi săvârșite pe toate căile, ferirea de actul concepțional și dacă este copilul, devine sarcina morții de al ridica, din cauzele de mai sus.

O cauză comună tuturor mamelor, este analfabetismul și ignoranța, la cele mai multe mame, la prima naștere.

În ceea ce privește locuința, aceasta este o adevărată calamitate. În orașe sunt adevărate ruine pentru muncitori și restul populației.

Urmează apoi cauzele de ordin spiritual, care sunt după cum le vom vedea:

A) Starea morală.

Starea morală este în funcție de cea socială, căci în regiunea cu o populație deasă, oamenii sunt siliți să ducă un traiu în comun, și starea de promiscuitate este foarte mult crescută și nelegitimitatea pruncilor născuți este un balast pe capul societății.

Acești copii lăsați în voia soartei și lipsiți de îngrijirea maternă, măresc curba mortalității infantile atât în (regiunea) mediului urban cât și în cel rural.

De asemenea se observă că în satele mărginașe orașelor, populația a început pe o scară foarte întinsă provocarea avorturilor; ferirea de a avea copii, iar luxul este din ce în ce mai înrădăcinat, și, pentru a putea face față lucrurilor, femeile în cea mai mare parte se dedau prostituției, traiului în concubinaj, iar atunci, când se naște un copil, este lăsat complet neglijat, să moară fără nici cea mică remușcare sufletească. În regiunile țării cu populație eterogenă foarte mare, mortalitatea infantilă este foarte mult crescută și natalitatea oprită complet prin mijloacele de mai sus pomenite. În unele regiuni ale țării avem avorturi în masă cum ar fi acele din regiunea Banatului, acăruia procent al denatalității este un adevărat cimitir național.

Această stare de moralitate mai este mărită și prin faptul că în cea mai mare parte intelectualitatea satelor, nu se ocupă aproape de loc de îndreptarea acestui fapt, iar dacă se ocupă, se face numai într'un mod superficial, căci în cele mai multe sate, această intelectualitate este antrenată în intrigile, reclamațiunile reciproce ce și le fac și prin acuzări de fapte aproape stupide, dând un spectacol oribil păturei țărănești, care de cele mai multe ori este împărțită în grupuri de susținere a părților.

B) Gradul de cultură.

În cea mai mare parte, gradul de cultură a viitoarelor mame, prezintă o adevărată besnă a cunoștințelor celor mai elementare noțiuni de a îngriji un copil, chiar din primele zile ale nașterii. Nu mai punem și analfabetismul cu toate gradele lui, care contribuie direct asupra acestei întunecimi ale cunoștințelor.

În loc, ca în școalele primare medii, în liceu, cursul superior, elevele în loc să învețe igiena maternă într'un mod mult mai dezvoltat și mult mai educativă, ele sunt obligate să știe pe de rost un șir de ani în istorie fără niciun folos pentru dânsa. Parcă, dacă n'ar ști ceea ce a făcut Radu dela Afumați, sau Ștefăniță-Vodă, ori Mircea Ciobanul, nu-și va putea crește pruncul său ca fiu al neamului.

Acestea cunoștințe care ar trebui să fie date în cursurile superioare de către profesoare, tocmai dânsese (profesoarele) practică luxul cel mai obscen și avortul aproape regulat, fiindcă la drept vorbind, sunt lipsite de aceleași lipse de cunoștințe și întrebuințează pentru știința viitoarelor mame, aceleași metode, lăsând corigente sau uneori repetente, eleve, care n'au știut formula etilenului sau ce miros are hidrogenul sulfurat.

C) Gradul de rubedenie al părinților.

Asupra acestui punct, rubedenia, este de asemenea importantă în procrearea membrilor unei familii.

Este un obicei de ordin social, economic, material că sunt familii, care pentru a nu-și îndepărta bunurile materiale din sânul aceleiași caste, recurg la căsătorii în gradul cel mai apropiat de rubedenie, neglijând prin aceasta faptul că generația ce va ieși din această legătură conjugală, va fi o degenerație propriu zisă, cu un grad de debilități foarte pronunțate, mărind prin aceasta tabela sinoptică a mortalității.

Acest fenomen s'ar putea feri prin legi și regulamente speciale aplicate cu cea mai mare strictețe.

D) Vârsta părinților la căsătorie.

Tot pe același fenomen social ca mai sus, se fac căsătorii desproporționate ca vârstă între viitorii soți, așa că se întâmplă uneori ca mama să nu aibă mai mult vârsta de cca. $14\frac{1}{2}$ ani până la 16 ani, pe când soțul trece cu mult vârsta de 35—40 ani; după cum în unele cazuri soțul nu trece vârsta de 20—22 ani, pe când soția atinge vârsta de peste 40 ani. Negreșit că aceste desechilibre de vârstă este covârșitor de important pentru creație.

Vârsta potrivită a căsătoriei ar fi pentru soți cel mult 25—26 ani, iar pentru soție cel mult 20—22 ani. Între aceste vârste găsim coeficientul cel mai înalt de rezistență și robustitate, căci la mama între 16 și 17 ani factorii, care trebuie să-i ajute creșterii și dezvoltării foetului, îi consumă însăși mama, pentru întreținerea și dezvoltarea sa corporală, care este continuă până la etatea de 20—21 ani. Peste vârsta de 35—40 ani coeficientul de rezistență și robustitate este foarte mult scăzut și real insuficient pentru întreținerea, creșterea și dezvoltarea embrionului.

Toate acestea lipsuri ce se găsesc în sângele matern ca deficiente, sunt transmise foetului, care le va moșteni în tot cursul vieții sale ca individ.

Și acest fenomen s'ar putea opri dacă s'ar ține seama de el.

E) Nelegitimitatea copiilor.

Acești prunci născuți ca un fruct al unei dragoste nenorocite, sau a unui interes vital de întreținere a persoanei, și, mai ales a traiului în concubinaj, care, după războiu a crescut foarte mult în ambele medii întrunite, sunt o adevărată plagă socială.

Acești oropsiți ai vieții s'ar putea opri de a se naște, dacă s'ar putea ridica standardul de viață, acolo, în acele regiuni în care este foarte mult pronunțat, căci în acele regiuni se petrec factorii sociali pomeniți până în prezent.

Cauze medico-sociale.

Toate cauzele care sunt strânse cu integritatea sănătății și sunt în funcție de știința medicală, constituiesc faptul medico-social și sunt în raport cu starea socială a colectivității omenеști.

Ele sunt:

A) Starea sănătății materne.

În cea mai mare majoritate a cazurilor nu se ține socoteală de loc de starea sănătății maternă. Fie că acest fenomen nu este luat în considerare, fie că prezintă o neglijență de cele mai grave, ca atunci, când femeia a fost contaminată de o boală cronică cu repercusiuni asupra vieții sale și în viitor asupra descendenților, fie că nu, odată căsătoria săvârșită nu se mai consideră starea de sănătate a ambilor soți în conviețuire ca un factor de legitimă cauzalitate asupra descendenților lor, care prin procreare vor forma un cortegiu de oropsiți ai vieții, sau vor mări curba mortalității infantile. Toată atențiunea ar trebui dată stării sănătății mamei înainte, în timpul și după naștere. De asemenea și starea sănătății soțului ar trebui să fie luată în considerare, pentru că și dânsul este un factor principal în transmiterea multor din caracterele patologice descendenților. Afară, bineînțeles, de maladiile cronice dobândite după actul de căsătorie, în timpul vieții conjugale, maladii cum sunt alcoolismul, pelagra, malaria, maladii infecto-contagioase.

Acest fenomen se poate opri prin certificatele prenuptiale, care de multe ori nu ar avea așa de multă valoare, deoarece acesta depinde de înalta conștiințiozitate a medicului, care este chemat ale da.

Totul depinde și va depinde de educarea tinerilor în cursurile superioare, prin conferințe publice, prin broșuri de propagandă, arătându-li-se pericolul pentru descendenții familiei și în același timp nu ar mai fi nevoie de așa zisele certificate prenuptiale. Educația medico-socială în ambele medii este de cea mai mare valoare pentru viitorii soți.

B) Numărul sarcinilor.

De asemenea joacă un rol de căpetenie pentru fiecare prunc ce se va naște, căci fiecare are nevoie de un anumit raport de substanțe hrănitoare necesare întreținerii embrionului și dezvoltării sale. Aceste substanțe primordiale sunt: Calciul în cea mai mare măsură, pentru că el se întrebuintează la formarea sistemului osos, fosforului, fierului, etc. și a tuturor sărurilor necesare întreținerii vieții. În organism procentul cel mai mare de seruri de calciu le împrumută din calciul disponibil ce se găsește în circulația sanguină maternă. Astfel se explică că avem o hipocalcemie organică la toate femeile înainte și după sarcină. De

asemenea se explică că femeile suferinde de T. B. C. pulmonară, prezintă o hipocalcemie organică și de aceea descendenții ce se nasc sunt predispuși pentru infecții sută la sută. Pentru acest motiv, hrana joacă un rol de căpetenie în timpul sarcinei la femei.

S'a observat de asemenea că familiile, care au avut cei mai mulți prunci au fost cam dela 3 prunci (sarcini) în sus.

Deci cu cât numărul sarcinilor este mai ridicat, cu atât și numărul nașterilor debili, este mai crescut și al mortinatalității de asemenea. Acest neajuns se poate înlocui prin îmbunătățirea vieții economice a familiei aceleia, care are cel mai mare număr de prunci născuți.

C) Numărul membrilor în familie.

Acest lucru se constată în marea majoritate în familiile cu aglomerație, unde este aproape inevitabilă mortalitatea.

Majoritatea locuiesc într-o singură cameră, unde am întâlnit în medie 6—8 persoane; camere cu un cubaj de aer abia suficient pentru două persoane. Cum mai poate trăi femeia în timpul sarcinei în acest iad de chinuri și mai ales noul născut, când gradul de umiditate al camerei este totdeauna crescut de 2% și în aceste familii procentul cel mai mare de morți îl au afecțiunile pulmonare.

Însă la țară, mai aduc în casă, viței mici, miei, găini și uneori porci mici. Cu ocazia diferitelor razii sanitare, iarna, am găsit găinile stând în casă sub laiță de cum a dat iarna și până primăvara și întrebând de ce le ține acolo, mi-a răspuns: „E frig D-le Medic și nu se ouă”.

Așa dar numărul prea mare al membrilor familiei, care locuiesc în aceeași cameră este și el un factor destul de important în viața mamei și noilor născuți.

D) Asistența medicală.

S'ar părea că acest factor este de prima importanță. Da, ar fi și nu e! și pentru ca femeile să fie asistate toate de moașe speciale sau văzute înainte, în timpul și după naștere de medic, ceea ce nu este neapărată nevoie, căci și așa, atunci când se prezintă o sarcină grea, medicul este chemat pentru a da ajutor, însă lucrul de căpetenie constă în starea mamei din punct de vedere sanitar, și apoi, pregătirea viitoarelor mame înainte de naștere, după cum am spus.

De asemenea important este asistența după naștere, pentru a o învăța pe mamă cum să procedeze. Majoritatea mamelor la țară se dau jos chiar din prima zi de naștere sau cel mult a doua zi; dând atunci diferite afecțiuni ginecologice mamei, care vor avea urmări cât se poate de grave pentru viitoarele nașteri sau va duce în majoritatea cazurilor oprirea sarcinilor din cauza acestor maladii căpătate post-partum, în majo-

ritatea cazurilor din ignoranța, atât a mamei cât și a moașelor empirice în marea majoritate a cazurilor. Pentru aceea numărul sarcinilor se cam reduc până la trei prunci. După o statistică din plasa model (Gilău) cam 63,39% din numărul femeilor rămân la trei nașteri.

Asistența medicală trebuie dată în timpul sarcinei și mai ales după naștere timp de 6—8 zile. Îngrijirea completă în intervalul de timp nu s'ar putea face decât prin crearea de maternități populare, sătești. Nu mai pomenim că femeile la țară, când nasc se găsesc în cea mai mare majoritate a cazurilor în cea mai neagră murdărie, născând într'un pat cu așternutul cel mai murdar, pentru a nu murdări așternutul în care doarme, din care motive, foarte multe au începuturi de septiciemie sau rămân bolnave intern.

E) Îngrijirea post-partum.

Constă din menținerea leuzei timp de 8 zile în pat sub îngrijirea și observația medicală prescriindu-se igiena genitală și felul alimentației. Se urmărește prin aceasta, dacă nu cumva se poate naște o infecție de orice natură. Igiena lenjeriei așternutului precum și convingerea mamei că nu este nevoie nicidecum de acele incingători compresive ale uterului care constituie prima grijă a medicului curant și mai cu seamă a moașei în îngrijirea căreia îi este dată leuza.

La primi-pare se va arăta cum trebuie să se dea copilului sânul. Se va arăta de asemenea cum trebuie să fie subtil, baia noului născut, ce tratament trebuie aplicat în caz de oftalmie purulentă, etc. etc.

F) Îngrijirea copilului nou născut.

Din cauza ignoranței în care se află multe din mamele noilor născuți, multe nu știu ce trebuie să facă cu copilul. Ignoranța aceasta, transmisă continuu din generație în generație face să se continue acea lipsă caracteristică de îngrijire și lăsarea în acea mizerie a copilului, care cauzează multe afecțiuni. Baia copilului când i se face, în mare majoritate, pelincele murdare se pun în aceeași vană și apă cu copilul la un loc.

Din această cauză întâlnim o mulțime de prunci noi născuți cu o sumedenie de afecțiuni cutanate. Cele mai multe dintre mame nici nu știu cum trebuie să fie ținut copilul în baie, din care cauză copilul este expus la o sumedenie de inconveniente. Unele dintre mamele primi-pare nici nu știu cum trebuie să fie înfășat copilul, strângându-l uneori până aproape de sufocație.

Un lucru constant și sigur este că marea majoritate a noilor născuți nu au nici pelince, punându-i în cămăși murdare. Și toate se pot evita numai prin ridicarea materială și mărirea cunoștințelor în acest sens ale mamei.

G) Alimentarea noului născut.

Alimentarea noului născut prezintă o problemă capitală ce se pune mamei și întregii societăți, care are ca bază protecția copilului. Un lucru foarte caracteristic este faptul că, în cea mai mare parte, mamele refuză să-și alimenteze la piept copilul, invocând de cele mai multe ori motive fără nici o importanță, însă în marea lor majoritate fiind pur și simplu o încăpăținare. Unele, din cauzele muncilor la care sunt nevoite să lucreze, pentru a-și asigura viața, ar avea puțină dreptate; altele invocă motivul că nu au lapte bun, pe când cea mai mare parte invocă motivul că nu a voit să sugă copilul.

Aici se pune și trebuie să se îndrepte atențiunea întregii societăți, pentru a convinge mama de faptul că: alăptarea copilului la piept este o operă națională și politică patriotică și, în același timp, cea mai umană operă.

Din cauza acestei lipse de alimentare la pieptul mamei a copilului, se nasc o mulțime de boli de nutriție, care dau cel mai mare procent al mortalității.

Trebuie făcut să înțeleagă mama că: *nici un copil nou născut nu are voie să moară până la vârsta de un an*. Orice copil care moare în acest interval de timp, moare din cauza ignoranței mamei și lipsei de alimentație.

Unele mame nu își alimentează copilul din cauza că este o greutate, altele pentru motivul de ordin estetic, că nu voiesc să-și deformeze pieptul și tenul, fiindcă ele cred că alăptarea copilului modifică estetica feței, dând sbârcituri de timpuriu. Iar cea mai mare parte îl dau mamele funcționare, care își cresc copiii pe mâinele servitoarelor, sau așa ziselor bone, în mare majoritate a cazurilor fiind o adevărată nenorocire pentru familie, pentru copil și pentru societate; căci și aceste bone sunt dotate cu o doză de ignoranță ce de multe ori depășește tot ce poate fi mai elementar în bunul simț al omului, și aceasta cu atât mai mult este mai grav, cu cât aceste ființe prin încăpăținarea lor de care sunt conduse, crezându-se atotștiutoare, nu se mai pot corija.

Importanța din punct de vedere național și social

În acest capitol voiu arăta numai că vitalitatea unei națiuni se menține numai prin procentajul mereu în creștere al natalității etnice a acelei populații. Un factor de ordin național este menținerea națiunii prin convingerea, că trebuie considerată ca o datorie sfântă și un patriotism de nedescris pentru orice Român cu suflet și dragoste de țară, procrearea de prunci cât mai sănătoși și cât mai rezistenți.

Din nenorocire însă, la noi este o problemă destul de importantă, deoarece avem două păaturi sociale ce se suprapun păturii țărănești, dând cele mai vii exemple

de o scădere a natalității și prin urmare a patriotismului integral. Aceste păaturi sunt:

1. *Pătura burgheză*. Dă cel mai mare procent de reducere a natalității. Pentru motivele că mamele acestei păaturi sociale au alte ocupațiuni, de alt ordin, cum ar fi luxul, petrecerile, sporturile etc. Toate acestea pentru a fi satisfăcute, se sustrag de a deveni mame prin mărirea numărului avorturilor clandestine și a procentului de sterilitate feminină. Apoi pătrunderea sportului în această pătură se întâmplă că sub acest cuvânt femeia, devenind așa zisă sportmană, capătă înfățișarea masculinizării firii, schimbându-se menirea, păstrându-i-se doar numai sexul. Profesorul Pende spune: „*Sporturile degenerază glandele cu secrețiune internă ale femeilor și mărește sterilitatea în mod vădit*“. Nu e nevoie de a trata mai amănunțit această problemă, căci fiecare o cunoaștem.

2. *Pătura funcționarilor*. Aici vom vedea în acest capitol că una din cele mai puternice motive a denatalităților este problema salarizării funcționarilor. În această pătură se consideră copilul un lux, și în ocupațiile pe care le are, copilul devine un balast.

Fiecare dintre medici cunoaștem toate insistențele făcute de către bieții funcționari, pentru a se întrerupe sarcinile soțiilor, chiar din primul an, mai totdeauna sub motivul binecuvântat: „*Acuma sunt timpuri grele, D-le Medic. Mai târziu, nu zic. E imposibil. Nu avem nici un fel de posibilitate materială. Suntem necăjiți, etc., etc.*“

Acele mame funcționare, care au copii din dragostea de familie și națiune, sunt nevoite să dea ființele scumpe pe mâinile slugilor. Nu din motive de lipsă de dragoste, ci din cauza serviciului.

Deci, în această pătură, denatalitatea este foarte mult crescută, căci la majoritatea funcționarilor vom întâlni unul sau cel mult doi copii. Aceasta este o nenorocire în pătura conducătoare și cu răspundere.

Răul îl vedem cu toții! Să vedem ce s'a făcut?

Ce s'a făcut pentru împedicarea acestui rău?

Am putea spune că nu s'a făcut aproape nimic față de marea problemă care s'a pus imediat după războiul din 1914—1918.

Ce s'a făcut? Putem răspunde.

1. S'au făcut 207 legi sanitare din care foarte puțin prevedea protecția mamei și a copilului.

2. S'a făcut o sumedenie de Comitete, fără a se realiza nimic, căci mortalitatea infantilă a continuat să crească cu mai multă furie.

3. S'a făcut ziua mamei, fără ca nici o lege cu caracter constituțional din care să reiese că mama poate să fie asigurată în existența muncii, nici până astăzi.

4. S'a făcut ziua copilului, fără ca să li se îmbunătățească traiul de mizerie în care se nasc și își duc

vieața până la moarte, sau dacă trăiesc își continuă aceeași stare de mizerie.

5. S'a mai făcut ziua laptelui, fără însă ca acei copii sărmani să-l beie, decât în ziua când s'a făcut serbarea.

6. Singura societate „Principele Mircea”, care activează și a realizat ceva, făcând cumpărări de îmbrăcăminte, lengerii, distribuindu-le cam de două ori pe an, de sărbătorile Crăciunului și ale Sf. Paști. Un fond de câteva sute de milioane nu s'a făcut și nici nu s'a mărit rația de alimentare ce se dă copiilor din creșe sau policlinici.

7. A fost fixat un timbru pentru protecția mamei și a copilului. Ce este cu fondurile realizate din aceste încasări? Copiii au continuat să moară și vor continua, dând enorma cotă de 18%. In bugetele asistenței mamei și copilului sumele continuă a fi scăzute, ajungând pe cap de copil câte 3 lei și 75 bani. Deci nu s'a realizat nimic prin toate Comitetele, dacă nu se legiferează toate dezideratele impuse, și atât timp, cât nu se va face, mortalitatea infantilă va continua să crească.

(Continuare în numărul viitor)

Societăți medicale

SOCIETATEA ȘTIINȚELOR MEDICALE DIN CLUJ—SIBIU.

PROCES-VERBAL

luat în ședința plenară a Colegiului Medicilor, secția județeană — Sibiu, sub președinția D-lui Prof. Univ. Dr. Iuliu Hațieganu, ținută în 23 V. 1941.

D-sa deschide ședința și spune că Colegiul Medicilor Sibiu, a început să lucreze în spiritul nou al medicinei moderne. În acest scop s'au constituit mai multe comisii de medici cari să studieze diferite probleme. Așa s'a constituit o comisie la oraș, în frunte cu D-l Medic Șef al Municipiului Dr. Sturza, pentru studierea Gușei. O altă comisie medicală va activa în mediul rural. S'a hotărât apoi a se face la sediul colegiului, o sală de lectură, unde pot veni membrii colegiului pentru cunoașterea diferitelor probleme ce-i interesează, având aci mai multe reviste medicale, străine. În acest scop se vor abona 3 reviste germane, 2 franceze și una italiană („Minerva medica”).

Colegiul a fost preocupat de cursul de perfecționare ce se va ține în primele zile ale lunii Iunie, asupra reumatismului. Vor participa 5 clinici: Clinica Medicală, Clinica Chirurgicală, Clinica Balneologică, Clinica Stomatologică, și Clinica Otorinolaringologică.

Aceste conferințe se vor tipări într-o broșură, invitându-se totodată și colegii germani să ia parte la această manifestare a colegiului.

D-l Președinte trece apoi la problema impunerilor, asupra căreia se discută f. mult și este desbătută pe larg. D-l Președinte spune că impunerile nu s'au făcut în concordanță cu realitatea și fiscul s'a lăsat informat de către un număr de colegi transformați în adevărate tumori maligne. D-sa spune că împreună cu d-l Dr. Ionașiu s'au dus la Administrația financiară să se intereseze de această problemă și s'au găsit în fața unor impuneri grozave. După multe discuții s'a reușit a se arăta că sunt niște impuneri prea nedrepte. S'au făcut comparații între colegi și colegi și după multe parlamentări s'a ajuns la o reducere a lor. Se constată totuși că nu s'au luat în considerare aceste sugestii și s'a făcut o impunere după voia fiscului fără a ține cont de cele discutate anterior. Calculul și l-au făcut în urma vizitelor ce le-au făcut diferiți agenți pela cabinete medicale pe cari le-au cercetat. Ei și-au format părerea după numărul persoanelor găsite în sălile de așteptare, fără să ție măcar cont că mai mulți din cei ce așteptau nu erau bolnavi ci numai însoțitor al bolnavilor. D-l Președinte consideră o jignire și o ofensă adusă corpului medical. Spune că d-l Ministru Stoenescu a anulat ulterior impunerile lăsând ca ele să se facă în baza declarațiilor fiecărui medic.

D-l Prof. Agregat Dr. Zolog, conferențiază despre Organizarea sanitară în mediul rural. Conferința va fi reprodușă în întregime ca articol în „Ardealul Medical”.

Urmează comunicarea d-lui Dr. Bude, medic de circ. în Tâlmaci. D-sa spune că această comunicare s'a născut între puține clipe de răgaz și multe preocupări. Arată greutățile medicului de circumscripție, problema organizării, prevenirea bolilor, curarea, precum și vindecarea lor. Adăugă că dacă nu se va căuta o modalitate prin care să se rezolve aceste imperative, ne vom găsi la un moment dat într'un Colaps biologic, sau la un declin demografic. Cauza cea mare a fost că în organizația noastră n'a fost niciodată o bază, un fundament, aducând ca o comparație f. plastică palatul Carlton. Legile sunt excelente dar partea rea este că nu se execută, nefiind puse în concordanță cu celelalte organe administrative. Cere ca medicul dela țară să fie pus în drepturi, să i-se dea mijloace de transport etc.

D-l președinte se asociază la cele spuse de d-l Dr. Bude, și citează cele spuse de un Conferențiar — Profesor German la Cluj, care a specificat că un medic german n'ar putea lucra în aceste împrejurări și arăta cât de bine este plătit un medic în Germania. Leafa unui medic de circ. în Germania în raport cu al nostru tradus în valută este de 25.000 Lei. În acest fel medicul dela țară poate să-și țină familia în condiții optime și să fie un exemplu pentru toți. Aduce ca exemplu pe marele și renumitul Koch care a fost adevăratul medic în mediul rural. Medicul dela sate — spune D-sa — trebuie să fie la înălțimea și meritul unde trebuie să se găsească.

D-l Medic Colonel Dr. Ursu prezintă trei cazuri f. interesante de: 1. Insuficiența Aortică, 2. Morbul lui Adisson ce-l prezenta un soldat și care a sfârșit letal și 3. Insuficiență mitrală cu aritmie și febrilație atrială. Dr. Ionașiu și Dr. Fodor, prezintă două cazuri de schizofrenie în legătură cu tratamentul cardiazolic.

Dr. Iacob, dela serviciul Chirurgical al Spitalului Public, prezintă un caz operat de ulcero-cancer la o femeie de 76 ani.

În legătură cu acest caz ia cuvântul și d-l Președinte spunând că e bine, să se intervină și la limita operabilității, dând ca exemplu clinica din Hamburg.

Dr. Lungu și Dr. Cleja, prezintă un caz de Psihoză alcoolică tratată cu acid nicotinic.

La urmă d-l Președinte prezintă o femeie trimisă de Dr. Giurca din Făgăraș, care a fost prezentată și colegiului din Făgăraș și a fost trimisă pentru elucidarea diagnosticului. Această femeie prezintă o lipomatoză gigantică tipică. D-sa insistă f. mult asupra acestei maladii, făcând apoi diagnosticul diferențial cu boala lui Recklinghausen.

Cu aceasta se închide ședința rămânând ca următoarea să se anunțe la o dată mai înaintată și din timp.

THIONAÏODINE

INJECTABILĂ A & B

*maladia reumaticală cronică
și sindromele sale dureroase*

COMPRIMATE

*carență de sulf
reumatisme cronice*

PRODUSE ATOXICE
INJEȚII INDOLORE



AȚIUNE CURATIVA
FĂRĂ REAȚIUNI

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite și secuale

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B₁

nevrite și polinevrite infecțioase și toxice

A intramusculară: două miligr. Vitamină B₁
pe fiolă de 10 cc.
Cazuri de gravitate mijlocie.

B intravenoasă: un centigr. Vitamină B₁
pe fiolă de 10 cc.
Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGE AIS ISSY-LES-MOULINEAUX **PARIS**

. Eșantioane și Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD“ S. A. R., BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

în camere pt. două persoane dela RM 9

în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Backmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmeler**
Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnhof Seebrugg (Deutschland)

CALCIRON TRENKA

Guajacol - Calciu - Sirop de Malt

Gust foarte plăcut. Îl iau cu plăcere și copiii mici.

Ambalaje originale de 100 și 300 gr.

Ambalajul de 300 gr. costă cât 2 de 100 gr.

EUCARBON TRENKA

Ambalaj original de 40 și 100 Tablete.

— Unul dintre cele mai probate și eficiente produse germane —

REPREZENTANT:

Mr. G. HIETSCH, Sibiu - Strada Gh. Coșbuc Nr. 15

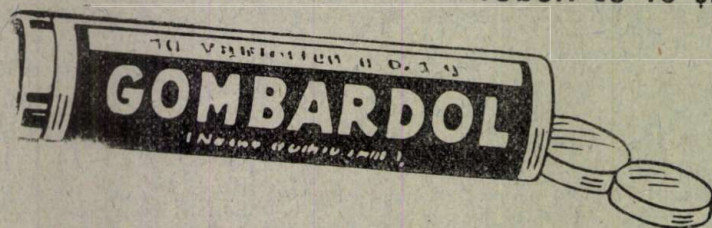
Laborator chimico-farmaceutic

Gombardol

(Para-amino-benzen-sulfonamid)

INDICAȚIUNI:
ANGINE SEPTICE
ABCESE TONSILARE
POLIARTITELE REUMATICE
ȘI POSTANGINOASE
ERIZIPEL
SEPTICEMII
CISTITE, PIELITE

Tuburi cu 10 și 20 Tablete



PENTRU TERAPIA PERORALĂ EFICACE ȘI IEFTINĂ ÎN:
INFECȚIUNILE STREPTOCOCCICE,
STAFILOCOCCICE ȘI PNEUMOCOCCICE

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

PROCES-VERBAL

Ședința Colegiului Medicilor ținută la 13 Ianuarie 1942.

Ședința se deschide sub președenția d-lui Prof. I. Hațieganu, Președinte al Colegiului Medicilor, iar ca secretar de ședință fiind d-l Dr. Valeriu Guția, secretarul Colegiului Medicilor

În cuvântarea de deschidere vorbește despre organizația corporatistă în general, considerând-o ca un imperativ superior de Stat.

Apoi în scurte cuvinte amintește scopul ei care se rezumă la două probleme:

a) *Profesională* prin care se bazează interesele materiale și spirituale ale corpului medicilor și în al doilea rând:

b) *Problema Muncii*, arătând că încadrați în organizația corporatistă; avem ca principiu conducător munca dirijată.

Până acum Colegiu avea un comitet cu principiile lui. În organizarea corporatistă statul organizează munca dirijată, având ca program munca în serviciul națiunii.

Citește apoi adresa d-lui Ministru al Sănătății care însoțește propunerile de organizare a Colegiului, apoi discursul d-lui Mihai Antonescu vice-președinte, rostit în fața Colegiului București și în urmă proiectul de organizare în Corporații precizate de d-l Ministru al Sănătății.

Încheie spunând că aparatul medical al Țării dispune de o pregătire bună, însă se resimte nevoia de a se lămurii asupra concepției corporatiste, nefiind pe deplin înțeleasă de toată lumea.

Apoi ia cuvântul d-l Dr. Păcuraru, care spune că sunt cam aceleași puncte în proiectul de organizare, ca și în trecut, numai că s'a schimbat titulatura.

În replică, d-l Prof. I. Hațieganu, spune că este mai potrivit a se discuta programul de muncă al corporației.

D-l Dr. Păcuraru, răspunzând din nou, afirmă că proiectul Ministerului de acum, nu prezintă nici-o deosebire între vechea și noua organizare.

D-l Dr. Ionașiu, ia cuvântul spunând între altele că orice bună voință de realizare pe teren sanitar ar fi, este greu, de vreme ce nu există măsuri de constrângere.

Sugestionează că Colegiul să aibă în primul rând o *putere executivă*, și în al doilea rând, propune ca, corpul medical să se organizeze în corp tehnic, asemănător cu al inginerilor etc., ca medicii să aibă o salarizare minimă mai bună și avansare la timp.

Cere cuvântul d-l Dr. Râmneanțu, care definește statul corporatist ca un gând și o faptă dirijată.

Vorbește de mortalitatea infantilă care pe timpuri a făcut problemă de politică externă.

Dacă am fi fost încadrați în sistemul corporatist am fi reacționat fiecare în parte.

Apoi amintește că prin sistemul corporatist nu trebuie să înțelegem că punct de punct să ne fie impus de sus. Noi trebuie să dăm sugestii.

În organizația corporatistă, fiecare trebuie să se sesizeze și să asigure anumite probe.

Principial atât a spus că a putut să facă ca punct de plecare în debateri.

D-l Prof. I. Hațieganu, face observația că nu trebuie să discutăm ideologia corporatistă, ci noi trebuie să studiem sugestiile noi, ce le putem face noului program.

Trece apoi la problema cadrelor întrebând dacă ședința aprobă ca, Comitetul Central să fie constituit din 10 membri.

D-l Dr. Păcuraru, propune ca, între cei 10 membri, să fie unii din centrele mari ale provinciei.

D-l Prof. I. Hațieganu, atunci face propunerea ca N-rul lor să fie ridicat la 12 și anume: 6 să fie necondiționat din marile centre ale provinciei, propunere ce se aprobă în unanimitate.

Trece apoi la Colegiul județean, și anume la chestiunea membrilor cari sunt în număr de 5 și discutând și chestiunea secțiunilor propunând ca în cadrul celor 3 secțiuni (profesională, de studii și exclusiv sanitară, și științifică), să fie aleși medici din 2 categorii și anume: *medici curativi, medici sanitari* și dela *Asigurările Sociale*.

D-l Dr. Ionașiu, propune să fie 6 membrii în Comitetul județean, și anume: 2 din fiecare categorie, chestiune ce se aprobă de Colegiu.

Se ia apoi în discuție Consiliul general care se hotărăște să rămână așa.

D-l Prof. I. Hațieganu, propune ca să facem cunoscut d-lui Ministru al Sănătății, chestiunile discutate în ședința Colegiului referitoare la anteproiectul de organizare corporatistă, a „Colegiului Medicilor”, precum și faptul că, corpul medical, încă nu este inițiat în această problemă și să cerem ținerea câtorva conferințe dela Centru, care să dea toate explicațiile în problema corporatistă.

Mai spune apoi că noi nu putem să facem opere sanitare fără să fim legați de economie, școală și administrații.

Este de părere că în programul de lucru să se fixeze o colaborare strânsă între Ministerul Culturii Naționale, Ministerul de Interne și Ministerul Economiei Naționale.

Se discută apoi problema de ordin intern, administrativ a Colegiului după care ședința se sfârșește.

Revista cărților

Igiena Universitară la Cluj, de Conf. Dr. L. Daniello, Dr. N. Bumbăcescu și Dimitrie Tudoranu. Un volum de 54 pagini, Cartea Românească din Cluj—Sibiu, str. Șaguna 17. 1942.

Autorii se ocupă în această lucrare de problema igienei universitare, care interesează igiena vieții studențești, sau mai precis a vârstei de student.

Iată prefața dată de autori pentru această lucrare:

„Universitatea românească din Cluj a fost dela întemeierea ei preocupată de problema sănătății studențimii și a căutat să desvolte și să organizeze în mod sistematic o igienă universitară.

Încă din anul 1920 ea a avut o *asistență medicală curativă* pentru studenții bolnavi, iar în 1926 a introdus *asistența preventivă* pentru studenți, înființând Dispensarul Studențesc, instituție

cu care puține universități se puteau mândri la aceea dată, dar care s'a dovedit atât de necesară, încât cele mai multe s'au grăbit s'o adopte pe urmă.

Activitatea acestui dispensar, limitată întâi la *depistarea tuberculozei*, a fost extinsă mai târziu asupra *bolilor venerice* și apoi întregită prin *introducerea examenului medical complet și obligator* pentru toți studenții anului I, precum și a *fișei medicale individuale*. Prin înființarea *Oficiului Universitar* i s'au adăugat examnări psihologice și antropometrice în vederea organizării unui *serviciu universitar de orientare profesională*.

O deosebită atenție a fost acordată *educației fizice a studenților*, prin introducerea ei obligatorie în universitate și prin creierea unui parc sportiv dotat cu toate instalațiile moderne pentru exerciții atletice, jocuri, sporturi de apă, etc.

Prima etapă de două decenii a îmfăptuirilor din acest domeniu s'a încheiat în mod forțat prin mutarea Universității Regele Ferdinand I la Sibiu. Multe din realizările materiale, printre care minunatul parc sportiv și căminul de munte al studenților dela Colibița au rămas în teritoriul cedat și refacerea lor va întâmpina desigur mari greutăți. Dar efortul depus pe acest teren trebuie neapărat continuat cu și mai multă râvnă, mai întâi fiindcă organizarea igienei studențești constituie azi o preocupare de competență a tuturor universităților, a studențimii însăși și a conducerii de stat și apoi din motivul că, în noua așezare — provizorie — a universității clujene la Sibiu, problema protejării sănătății studenților se pune în mod și mai accentuat decât la Cluj din cauza piedecilor de tot felul pe care le întâmpină buna organizare a vieții studențești într'un oraș prea mic și suprapopulat.

Experiența câștigată prin activitatea noastră din trecut credem că va putea fi cu folos utilizată atât la noi cât și la alte universități din țară care sunt pe cale de a-și organiza asistența medico-socială a studențimii. De aceea ne-am decis s'o rezumăm în publicația de față. Ea a fost de altfel remarcată și în străinătate, — unul dintre noi, împreună cu Dl Prof. I. Hațieganu fiind invitați să prezinte un raport asupra ei la congresul internațional al universităților ținut la Zürich în 1939. Materialul statistic referitor la dispensar și examinările obligatorii era de altcum în mare parte prelucrat. I-am adăugat un capitol introductiv cu noțiuni generale despre igiena universitară și diverse alte completări pentru ca cifrele statistice să poată fi mai just interpretate și pentru că ni s'a părut necesar să atragem atenția cercurilor universitare mai largi asupra problemei încă prea puțin cunoscută a igienei studențești.

Lucrarea se ocupă cu următoarele chestiuni din marea problemă a igienei universitare.

Condițiile generale de viață ale studenților dela Cluj: locuință, căminuri, alimentație, igienă generală.

Condițiile de muncă ale studențimii clujene, privită din punct de vedere igienic.

Organizarea asistenței medicale a studenților: asistența curativă, asistență preventivă, dispensarul studențesc.

Activitatea dispensarului studențesc: propagandă igienică printre studenți, consultații gratuite pentru studenți, supravegherea permanentă a suspecților de boli contagioase, în special de tuberculoză, tratamente executate la dispensar, expertize, certificate, concedii de boală, examinarea medicală a studenților anului I înainte de a fi admiși în Universitate.

Rezultatele statistice ale activității dispensarului studențesc din Cluj dela 1926—1940.

Oficiul universitar în noua sa organizare, funcționând cu următoarele secții: secție de informație și documentare, secția de studii și cercetări, secția asistenței medicale, psihologice și sociale, secția orientării profesionale academice, secția educației fizice și a turismului.

Educația fizică la Universitatea din Cluj. În acest capitol se expune organizarea minunatului parc sportiv, cel mai bine amenajat din tot sud-estul european și care este opera grandioasă a Domnului Prof. Dr. Iuliu Hațieganu.

Din schițarea sumară a conținutului acestei lucrări se poate constata că ea se ocupă cu problemele de o importanță covârșitoare pentru viața studențească, cari merită o atenție deosebită din partea tuturor factorilor răspunzători de viitorul studențimei, și de viitorul acestei țări. Lucrarea mai dovedește și activitatea neobosită depusă de autorii ei la Universitatea românească din Cluj, aproape deja dela începutul funcționării ei.

Cercetări privitoare la sănătatea fizică a studenților anului I dela Universitatea din Cluj, întreprinse în cursul anilor școlari 1936—37 și 1937—38, de Conf. Dr. Daniello și Dr. N. Bumbăcescu, o broșură de 24 de pagini. Tipografia Cartea Românească din Cluj la Sibiu, str. Șaguna 17. 1942.

Constatările făcute de autori în privința sănătății fizice a studenților universitari în cursul celor 8 ani de activitate a dispensarului studențesc (înființat la 1926), au determinat pe rectorul Universității din Cluj, la timpul său, să introducă examenul medical obligator pentru studenții anului I la tuturor facultăților, cu începere din anul școlar 1936—37. Această măsură se impunea în mod natural după ce autorii arătasă cât de mare era printre studenți proporția îmbolnăvirii de tuberculoză, boli venerice și alte afecțiuni, și ce inconveniente grave puteau rezulta atât pentru studenți, cât și pentru Universitate de pe urma acestei stări de lucru. În același timp s'a decis ca acest examen să nu se mărginească numai la aparatul respirator și la o sumară inspecție a restului, ci să se practice examinarea completă a tuturor organelor, întocmindu-se pentru fiecare student o fișă medicală. Scopul acestui examen obligator a fost și este descoperirea unor afecțiuni latente, ignorate de cei supuși acestui examen, de a lua măsurile impuse de aceste constatări, apoi de a evita unele îmbolnăviri la acești indivizi predispuși din cauza anumitor deficiențe organice s'au infecțiuni ignorate.

Unele din bolile latente cu care tinerii vin să se înscrie la Universitate, în deosebi tuberculoza pulmonară, bolile venerice, trachomul, constituiesc un pericol nu numai pentru cei atinși de ele, dar și pentru studenții sănătoși, cari prin contactul intim ce-l vor avea în sălile de cursuri, laboratoare și căminuri cu colegii lor bolnavi, sunt în mare măsură expuși să contracteze și ei boala.

Examenul medical obligator dela începutul studiilor universitare constituie deci o excelentă măsură de profilaxie pentru studenții sănătoși.

Alături de examenul psihotehnic și biotipologic (practicate și ele în mod obligator la Universitatea din Cluj), controlul medical al sănătății fizice servește apoi de îndreptar pentru orientarea profesională a studențimii, căci există numeroase leziuni organice și stări premorbide, incompatibile cu anumite profesii.

Mai departe cunoașterea stării sănătății tinerilor noastre generații de intelectuali este de mare însemnătate științifică și națională.

Această lucrare se ocupă cu rezultatul acestor examinări făcute la studenții anului I a tuturor facultăților dela Universitatea din Cluj, în cursul anilor școlari 1936—37 și 1937—38. În acest scop au funcționat la începutul fiecărui an 3 echipe de examinare compuse din trei medici și o soră de ocrotire. Fiecare echipă lucra independent în localuri diferite, însă după aceeași tehnică de examinare.

Rezultatul acestor examinări sunt date în mod sumar în 3 tablouri.

În primul tablou se dau antecedentele eredo-colaterale ale studenților examinați. În tabloul al doilea sunt expuse antecedentele personale ale studenților.

Tabloul al treilea se ocupă cu starea prezentă a persoanelor examinate, prezentându-ne datele obținute la examenul obiectiv.

Numărul total al studenților examinați în cursul acestor doi ani școlari au fost de 1362, dintre cari: 1054 băieți și 308 fete. La aceștia s'a găsit turburări oculare în 185 cazuri, adică, 13.6% turburări ale auzului în 8 cazuri, adică 0.5%.

La examenul dermatologic s'au găsit dermatite diverse în 47 de cazuri, adică 3.5%.

Rezultatul examenului pulmonar a fost următorul: în 33 cazuri (2.4%) s'au constatat afecțiuni pulmonare. Aceste afecțiuni

au fost în 2 cazuri netuberculoase, în 31 de cazuri însă ele au fost datorite unei infecțiuni bacilare. Tuberculoza de tip fibrocazeos cu leziuni active, deschise sau recent închise prin tratament cu pneumotorace în curs, s'a constatat într-o proporție de 0.87%.

La examenul aparatului circulator în 20 de cazuri s'au constatat alterațiuni cardiace (1.4%).

La examenul de laborator s'a constatat albumină în urină în 22 de cazuri, puroi în urină 23 cazuri și glicozurie într'un caz reacțiunea Wassermann a fost pozitivă în 44 cazuri. (3.2%).

Conf. Dr. I. Gavrilă.

Dicționar medical de limbile germană și franceză. (Medizinisches Wörterbuch der deutschen und französischen Sprache. Dictionnaire Medical des langues allemande et française. Zwei Teile, französisch-deutsch und deutsch-französisch, Sechste neubearbeitete Auflage), de Ob. Med. Rat Dr. P. Schrober Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1942.

A scrie un dicționar este în genere o muncă foarte grea, migăloasă și îndelungată, a scrie însă un dicționar medical lucrul este și mai greu deoarece asta ar însemna, că el nu ar trebui să conțină decât termeni medicali și să fie lipsit de toți ceilalți termeni. Ne putem ușor da seama însă, că o limită precisă între limbajul medical și nemedical nu există.

Igiena de exemplu intră fără discuție în domeniul științelor medicale și igiena se ocupă cu tot ce se petrece în jurul omului, din care cauză aproape întreg vocabularul îi e tributari.

Pentru a nu îngreuna acest dicționar autorul s'a restrâns la termenii de igienă mai uzitați în științele medicale. Medicina este însă tributară aproape tuturor celorlalte științe, ca: naturale, fizico-chimice, geologie, climatologie, hidrologie, biologie, patologie, etc. din care cauză a ținut cont de toate expresiile întrebunțate de acestea, ar fi însemnat, să dea la iveală un dicționar de dimensiuni enorme. Autorul a dat însă acele expresii, de care științele medicale se servesc în prezent, căutând să fie cât mai complet posibil pentru termenii patologiei, interne și chirurgiei, anatomiei și fiziologiei obstetricei și embriologiei, ai bacteriologiei, medicinei legale, psihiatriei, oftalmologiei, și ai altor specialități medicale. Pentru cuvintele puțin cunoscute — pe lângă traduceriile cuvântului — a adăugat și câteva cuvinte explicative, ceea ce face de multe ori inutilă consultarea unei cărți de terminologie medicală.

Acest dicționar a apărut în prima ediție în anul 1898, iar această ediție din 1942, este a șasea. În această a șasea ediție, autorul introduce modificări mai ales în termenii de anatomie, pentru care autorii germani se servesc aproape exclusiv la publicațiile lor de expresiile latine.

În edițiile precedente ale dicționarului erau trecuți termenii așa cum fuseseră hotărâți de congresul anatomistilor germani din Bale. din 1895, ori de atunci în congresul lor din Jena din 1935, au schimbat câțiva din acești termeni, ceea ce a făcut pe autor să dea ambele expresii, punând un „sau” între expresia veche dinaintea sa și cea nouă după „sau”.

Volumul are 382 pagini, având două părți. Partea întâia franceză-germană are 210 pagini și conține un număr de aproximativ 10—11.000 de cuvinte. Ultimele 172 pagini ale volumului formează partea doua, adică germană-franceză cu tot pe atâtea cuvinte ca partea întâia.

După fiecare cuvânt sunt prescurtări care arată pe lângă gen și în ce domeniu al medicinei se utilizează.

Este o lucrare de mult folos medicilor, studenților și în general tuturor celor care posedând bine una din aceste două limbi, cunoaște mai slab pe cealaltă, aducându-le o mare ușurare în înțelegerea sau întocmirea textelor medicale.

Dr. Tr. Dinculescu

V. Papilian și C. C. Velluda: **Cercetări antropologice asupra Moților dintre Arieș.** (Memoriile Academiei Române. Secția științifică. T. 15. Seria III. Mem. 19, 1940).

Lucrările românești de antropologie n'au depășit încă stadiul încercărilor și dibuirilor. Până acum antropologii români s'au mărginit la scurte note privind fiecare dintre ele câte-o problemă izolată. Lucrările de sinteză sau cele cari să privească un material statistic vast studiat din numeroase laturi, nu abundă. De aceea lucrarea domnilor V. Papilian și C. C. Velluda, care face parte dintre lucrările de mare anvergură antropologică, este o lucrare demnă de apreciat. Pe deoparte particularitatea materialului de studiu ales — populația Moților dintre Arieș; pe de altă parte numărul mare de cercetări întreprinse, seriozitatea cu care au fost conduse aceste cercetări, privirea de sinteză aruncată asupra problemei, originalitatea concluziilor și garanția pe care ne-o aduce numele acestor distinși antropologi, fac din această lucrare un studiu iredit care face o deosebită cinste antropologiei și științei românești.

Autorii publică în lucrarea de mai sus, cercetările lor antropologice privitoare la o populație omogenă și anume populația Moților din regiunea cuprinsă între cele două râuri Arieș (Jud. Turda). După cunoștințele și observațiile autorilor, această regiune este cea mai pură din punct de vedere etnic, căci niciodată și sub nici o formă nu s'a stabilit aci vreo altă naționalitate în afară de cea românească. În anul 1929 populația cuprindea 26.728 locuitori dintre care 26.723 erau români, restul de 5 străini fiind funcționari. Regiunea dintre Arieș fiind sediul unei populații a cărei puritate etnică n'o găsim decât în foarte puține alte regiuni și fiind centrul populației moțești, ne oferă date antropologice de-o importanță deosebită.

Cercetările domnilor Papilian și Velluda privind populația Moților au fost executate asupra a) caracterelor lor morfologice, b) compoziției lor rasiale și c) grupelor lor sangvine.

a) *Caracteristica morfologică* a fost pusă în evidență prin cercetarea a 21 elemente anatomice și 19 indici, deci prin studiul a 40 de valori morfologice cari privesc talia, capul, fața, trunchiul și membrele.

Importanța datelor obținute, ținând seamă de numărul cercetărilor (circa 1000) ca și de omogenitatea materialului, capătă o semnificație de primul ordin.

Din întreg studiul morfologic, bărbații Moți, apar cu o talie mijlocie depășind ușor media găsită la români în general. Femeile lor sunt însă mai mici, sub medie, autorii stabilind deci o diferență relativ mare între sexe. Capul potrivit ca mărime (cu diferențe mici între sexe), brachicefal la femei și hiperbrachicefal, la bărbați, înalt (hipsicefal), cu fruntea lată, fața potrivită, nasul potrivit cu o tendință mai accentuată spre forma ascuțită (leptorinie), urechea potrivită, gura mică, ochii mai mult mici. Membrele inferioare potrivite, cele superioare relativ scurte.

Complexul pigmentar (iris-păr), deși apare în cea mai mare parte ca amestecat sau intermediar, trebuie remarcat totuși, comparativ cu restul românilor, procentul mare ($\frac{1}{3}$) a irisului deschis albastru, verde, foarte caracteristic la Moți;

b) În ceea ce privește *compoziția rasială*, tipul de bază al populației moțești îl formează rasa alpină pură sau componentele ei dintre care cea mai frecventă este rasa alpino-mediteraneană. Femeile sunt mai alpine decât bărbații. Urmează în ordinea frecvenței, rasele blonde dintre care în primul rând rasa Est-europeană. Remarcăm într'un procent ridicat (10.35%), un tip denumit de autori „tip local”. Acest tip este înalt (peste 1.75 m.), hiper sau brachicefal, cu un complex pigmentar închis, mezo sau leptoprosop, mezo sau leptorin. Prin procentul lor mare de depigmentări ($\frac{1}{3}$) Moții apar ca o combinație a unei rase brune cu una blondă nordică. Timpul autohton (ținând seama și de caracte-

ristica lor serologică), pare să fi primit o influență dela sud și dela sud-vest care i-ar fi adus aportul rasei alpine și-o altă influență dela nord care i-ar fi adus aportul rasei nordice;

c) Din punct de vedere serologic, Moții prezintă un foarte mare procent de indivizi cu proprietăți europene ($A=52,81\%$). Deasemenea ei prezintă cel mai indicat indice biolog găsit până acum la Români ($1=2,93$, $p=3,61$). Prin aceste caractere Moții apar ca cei mai mari europeni dintre românii cercetați până acum pe regiuni apropiindu-se prin toate aceste caractere mai mult de popoarele occidentale, decât restul românilor.

Ținând seamă de compoziția rasială a Moților, compoziție în care apare o componentă nordică incontestabilă, de izolarea

lor geografică, precum și de lipsa oricărui contact străin, autorii s'au întrebat dacă influența pe care au primit-o Moții nu e foarte veche, mult mai veche decât s'ar crede și dacă componenta lor sero-rasială nord-vestică nu ar aparține vechiului popor celt a cărui invazie în Transilvania s'a făcut dela vest. Autorii răspund afirmativ la această problemă fiind de altfel de acord ca o serie de oameni de știință (Guiard, Gladariu) cari consideră pe Români ca având o veche origine celtică.

Lucrarea este însoțită de date comparative cu cercetările făcute asupra altor populații românești și cuprinde 109 pagini, 38 grafici, schițe, hărți și fotografii.

Dr. Victor Preda

Revista revistelor

INTERNE

Patogenia sciaticelor și brachialgiilor. Discopatiile traumatiche și degenerative. (Pathogenie des sciaticques et des brachialgies- Les discopathies traumatiques et degeneratives) de G. de Morsier, Geneve. Schweiz. Med. Wschr. No. 9/1942, pag. 249 și No. 10, pag. 277.

Autorul arată, că e surprinzător faptul, că de aproape două secole patogenia sciatică n'a făcut nici un progres. În prima parte într-o amănunțită descriere, expune doctrinele clasice. În partea doua expune patologia discurilor intervertebrale, cu o specială referire asupra lucrărilor chirurgilor anglo-saxoni: Goldthwait din Boston, care în 1911 expune un caz de prolaps în urma unui traumatism al discului vertebral (L_5-S_1), care după laminectomia (L_5-S_1) executată de Cushing se vindecă și două observații ale lui Middleton și Teacher din Glasgow, care într-un caz de paraplégie și moarte în urma unui traumatism găsesc o enucleare completă a discului (L_1-L_2), iar la un alt caz sucombat cu paraplégie flască găsesc un disc prolabat de 5 mm ($D_{12}-L_1$).

Bazat pe acestea și pe alte lucrări asupra patologiei prolapsurilor discurilor, demonstrate prin mielografie și pe asemănarea care există între simptomele acestora și simptomele prezente de bolnavii atinși de sciatică banale, zise „reumatismele” a supus unui examen amănunțit neurologic cele 150 cazuri ce i s'au prezentat. A constatat că *toți fără excepție prezentau semne neurologice de compresiune lombo-sacrată*. Etiologia sciaticelor se împarte în trei grupe: 1. prin discopatie traumatică la tineri (30%); 2; Prin o afecțiune degenerativă survenind familial (41%); 3. Cu ocazia unui efort adesea minim (29%). Cercetările îl fac să conchidă că „Nimic, nici în semiologia neurologică sau statică, nici în evoluție, nici în etiologie nu ne permite să distingem o sciatică banală de o sciatică datorită compresiunii rădăcinilor lombo-sacrate printr'un disc herniat”.

Din cele 150 de cazuri expune în acest articol 4 observații cu radiografiile coloanei vertebrale și a mielografiilor cu lipidol, care arată aceste discopatii. Cele mai frecvente prolapsuri discale se întâmplă la nivelul coloanei lombare din cauza lordozei și greutateii ce o are de suportat, precum și la nivelul coloanei cervicale din aceleași motive.

Bazat pe argumente anatomice, anatomo-patologice, chirurgicale și radiologice conchide, că sciatica „esențială” își pierde astfel autonomia și că e datorită unei discopatii acute, subacute și cronice a regiunii lombare, a cărei etiologie poate să fie traumatică sau degenerativă. Acest fel de a vedea aduce consecințe medico-legale, deoarece „toți bolnavii care suferă realmente de

sciatică au semne neurologice, care trebuie numai să fie minunțios căutate”.

Prin analogie se dă aceeași explicație și brachialgiilor.

Este o lucrare bogată în argumentații de tot felul și importantă prin consecințele terapeutice.

Terapia cu hipertermie prin unde scurte. (Die therapeutische Kurzwellenhyperthermie) de Karl Frh. v. Teubern. Dtsch. Med. Wschr. No. 9/1942, pag. 215.

Terapia cu hipertermie, produsă cu ajutorul undelor scurte, este o metodă nouă de tratament, mai ales în Europa, unde numărul cazurilor tratate este încă destul de redus în comparație cu cele din America, unde se cifrează cu mii și unde de altfel metoda a luat naștere.

Autorul relatează cazurile ce a tratat până acum. Metoda fiind încă nouă, în partea introductivă a articolului dă și prețioase detalii de tehnică. La început a utilizat câte două aparate mici cu câte o lampă, apoi a trecut la ULTRAPANDOROS, aparatul cu 2 lămpi al casei Siemens, de 900 Wați. Bolnavul impachetat pe o masă de tratament, care să permită o poziție cu picioarele flectate și cu trunchiul ceva mai ridicat, este iradiat cu ajutorul a doi electrozi sub formă de cerc. În 20-25 minute temperatura urcă la $40-41^\circ$, dar autorul crede, că această temperatură trebuie obținută nu mai repede decât în 35 minute (până la 40°). Această temperatură ridicată se menține 3-4 ore, controlând temperatura în gură din 10 în 10', de asemenea pulsul la tâmplă. Înălțimea febrei și durata ei depind de afecțiunea tratată și evident de rezistența bolnavului.

Autorul face și o expunere bogată asupra considerațiilor biologice, servindu-se atât de experiența proprie cât și de părerile autorilor consacrați deja în acest fel de tratament. O bogată bibliografie însoțește articolul.

Domeniul principal de aplicație îl constituiesc afecțiunile sifilitice ale sistemului nervos central.

În *paralizie* a tratat 2 cazuri, ce fusese tratate fără rezultat deja cu malarie. A aplicat la primul caz 10 ședințe de câte 3 ore, iar la al doilea caz 3 cure în decurs de 2 ani, ambele însoțite de inject. cu Neosalvarsan și Bismut înainte de a scădea temperatura, cu rezultate foarte bune.

De *tabes* a tratat 8 cazuri cu câte 12 șed. de 3 ore la 40° , însoțite de Neosalvarsan și Bismut de 3 ori pe săptămână. La 7 cazuri a avut îmbunătățiri remarcabile și numai un bărbat de 66 ani, care n'a suportat tratamentul nu s'a îmbunătățit. La unul din cazuri, o incontinență de 8 ani a dispărut brusc. De asemenea efectul favorabil a fost găsit și în l. c. r. unde R. W. și Pandey și Nonoe-Apelt s'au negativat.

În *neuroleues* din 7 cazuri 6 s'au vindecat complet și unul a sucombat, dar la aceste s'a făcut tratamentul prea repede după o meningită-cerebrospinală epidemică.

În *scleroză multiplă* a aplicat tratamentul la 10 cazuri, cu rezultate mai puțin convingătoare, decât în alte boli.

În *sciatică* pretinde a fi avut mai mult succes.

În *reumatismul cronic articular* cazurile trebuiesc bine alese, cu considerațiuni mai ales la complicațiile cardiace. A tratat numai 4 cazuri cu rezultate nesigure.

În *artrită deformantă* a avut succese considerabile, combinând tratamentul cu hormoni (Cyren, Testoviron etc.). Într'unul din cazuri cu rezultat uimitor de bun.

În *gonoree* crede că e mai indicată o hipertermie locală a bazinului până la 42°.

Autorul conchide, că prin hipertermie cu unde scurte se ajunge la același efect, ca și cu celelalte tratamente cu febră și crede, că vechea concepție a febrei care vindecă reinvie din nou prin hipertermie cu unde scurte, care este ușor de aplicat și nu prezintă nici un pericol.

Dr. Tr. Dinculescu

Obişnuință cu pervitin și intoxicația acută cu pervitin. (Pervitinsucht und akute Pervitinintoxikation) de F. Dittmar. Dtsch. Med. Wschr. 1942, No. 11, pag. 266—268.

Autorul descrie detaliat un caz, unde după toate probabilitățile este vorba de o obişnuință cu substanța nouă utilizată în terapeutică, cu pervitin. Acest individ după socotelile autorului ar fi ajuns la doza de 90 mgr. pervitin pe zi. Bolnavul este adus în serviciul autorului într'un acces de intoxicație acută cu pervitin, în stare comatoasă, cu simptome acute de insuficiență circulatorie, cu tulburări numeroase din partea sistemului nervos central, datorită în parte unei anoxii cerebrale. Acest acces acut probabil că a fost provocat de o gripă. În urma tratamentului aplicat, bolnavul s'a vindecat din acest acces.

I. G.

*

INFECȚIOASE

Dizenterie cu Flexner în Bretania și tratamentul ei. O contribuție sero-bacteriologică. (Flexner-Ruhr in der Bretagne und ihre Behandlung. Eine bakteriologisch-serologische Ergänzung) de Zirkel. Dtsch. Med. Wschr. 1941, pag. 659—660.

Într'o lucrare anterioară s'a dovedit că dintre 200 de cazuri de dizenterie cu bacilul Flexner s'au putut pune în evidență acești bacili în scaun în 18% a cazurilor, și s'a obținut o reacțiune Gruber-Widal pozitivă în 46% a cazurilor. În lucrarea de față se întregesc aceste date. Reacția de aglutinare a fost considerată ca pozitivă la un titru de 1:50. Punerea în evidență directă a bacililor este de preferat pentru stabilirea diagnosticului, pentru că în 8% din cazuri cu examen bacteriologic pozitiv în materiile fecale se constată o reacție Gruber-Widal complet negativă.

Imunizare contra tifusului exantematic. (Immunisierung gegen Fleckthypus) de Rudolf Wohlrab. Med. Klinik 1941, pag. 532—535.

Asupra vaccinărilor contra tifusului exantematic predomină aceleași concepțiuni, ca și despre alți agenți bacterieni, adică, că și vaccinurile omorite dau o imunitate satisfăcătoare. Vaccinul Weigl în tifusul exantematic obținut din păduchi, se recomandă în mod special în această boală. Pentru imunizările pasive s'a utilizat diferite seruri imune, unele obținute dela cai, vaccinați cu rickettsii. Efectul obținut cu ser de convalescent este diferit apreciat de diverși autori. Din 24 de cazuri, unde s'a aplicat o seroterapie precoce, numai în 2 s'a observat un oarecare rezultat.

Asupra aplicării bacteriofagului în combaterea dizenteriei. (Über die Verwendung von Bakteriophagen zur Ruhrbekämpfung) de Gustav Seiffert. Münch. Med. Wschr. 1941, pag. 641—43.

Imediat după descoperirea bacteriofagilor s'a pus mare speranță în aplicarea lor terapeutică și profilactică, ceea ce ulterior nu s'a dovedit. S'a arătat ulterior, că numai acei bacteriofagi sunt activi, cari reacționează la sursa respectivă. Nici experiențele cu bacteriofagi polivalenți n'au satisfăcut așteptările. Autorul în timpul campaniei actuale a făcut noi cercetări în această direcție pe un număr mare de bolnavi, infectați cu aceeași sursă de agent patogen. În primul rând în mod profilactic autorul a înregistrat rezultate mulțumitoare prin administrarea bacteriofagului, numărul imbolnăvirilor scăzând simțitor. În baza constatărilor sale autorul ajunge la concluzia, că aplicarea profilactică a preparatelor polivalente de bacteriofag, poate fi recomandată. Prin bacteriofag poate fi prescurtată și durata eliminării bacililor dizenterici.

I. G.

*

OTO-RINO-LARINGOLOGIE

Intervenție de focar în obliterarea vasculară de natură inflamatorie. (Fokale Sanierung bei entzündlichem Gefäßverschluss) de Breu W. und Weissel W. Wiener Klinische Wochenschrift Nr. 47/1941. Anul 54, pag. 958—960.

Cazul de scris este important din două puncte de vedere: 1. întâiu pentru că arată o interdependență cauzală între amigdalectomie și vindecare, ceea ce revine la demonstrarea directă a leziunilor numite de focar și apoi prin faptul că leziunile inflamatorii ale arterelor periferice sunt de puțin timp cunoscute.

O tânără femeie se prezintă la consultații, trimisă de un medic specialist, acuzând dureri grozave în membrul superior stâng și ușoare subfebrilități. Examinările făcute în clinica din Viena, între care cea mai importantă a fost arteriografia, a făcut să se creadă că este vorba fie de o arterită obliterantă localizată numai la artera radială — care nu apărea de loc pe radiografii și la nivelul căreia nu se putea simți pulsul, — fie un proces inflamator.

Tratamentul făcut timp de câteva zile cu antispasmodice și cu extracte glandulare nedând nici un rezultat s'a indicat amigdalectomia. Amigdalele prezentau — lucru observat încă dela intrarea în serviciu — o inflamație cronică, din amigdala dreaptă chiar s'a putut extrage puroiu.

La 10 zile după operație — intervalul în care în primele zile durerile s'au accentuat ca apoi să scadă — bolnava a părăsit serviciul cu indicația de a reveni pentru control.

Reexaminată după trei luni, bolnava declară că durerile au dispărut complet ca și celelalte fenomene. Arteriografia arată de aceasta dată permeabilitatea arterei radiale pe tot traectul închis înainte.

Discutând cazul, autorii refuză acceptarea unei remisuni spontane și cred că vindecarea se datorește îndepărtării focarului. În ceea ce privește procesul local cred că ar putea fi vorba fie de un spasm pe baza unui proces inflamator dispărut în urma îndepărtării focarului, fie de o refacere a lumenului vasului arterial, posibilitate pe care a dovedit-o istologic Borchardt.

Cu toate că nu se poate demonstra istologic leziunea se remarcă tabloul rar al imbolnăvirii unei artere mari a membrului superior în cadrul unei infecții focale tonsilare. „În afară de aceasta decursul arată că pronosticul la o obliterare vasculară chiar de lungă durată nu trebuie să fie totdeauna pesimistă”.

Nu se poate trece cu vederea faptul că autorii nu sunt specialiști O.R.L., cazul aparținând clinicii a 2-a medicale din Viena.

Dr. I. G. Russu (C.R.U.O.R.L.).

Note și informațiuni

Decrete — Deceziuni

Prin deciziunea M. C. N. și C. Nr. 57.967 din 1942, publicată în Mon. Of. Nr. 20 Martie 1942, d-na Dr. Maria Georgescu asistentă cu titlu provizoriu la Laboratorul de Zoologie Medicală și Parazitologie de pe lângă Facultatea de Medicină din București a fost definitivată, pe data de 14 Martie 1942, pe un termen de 5 ani, în postul ce ocupă.

Prin deciziunea M. C. N. și C. Nr. 57.997 din 1942, d-l Dr. N. Gheorghiu, asistent cu titlu provizoriu la Clinica Obstetricală de pe lângă Facultatea de Medicină din București a fost definitivat pe data de 14 Martie 1942, pe un termen de 5 ani.

Prin decizia M. S. O. S. Nr. 121.891 publicată în Mon. Of. Nr. 76 din 30 Martie 1942, d-l Dr. Vintilă Gheorghe, medic primar de Specialitate la Institutul de maternitate de pe lângă Dispensarul Nr. 1 „M. Ghica” pendinte de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale, îndeplinind 13 ani serviciu, i se acordă 2 gradații dela 1 Octomvrie 1941.

Prin decizia Min. Nr. 19.668 din 1942, d-l Dr. Gh. Popovici, asistent la Clinica oto-rino-laringologică a Facultății de Medicină din Sibiu, a fost confirmat cu titlu provizoriu pe data de 1 Aprilie 1940.

Prin decizia Min. Nr. 62.301/1942, d-l Dr. Ion Mesrobeanu, asistent suplinitor la Laboratorul de medicină experimentală de pe lângă Facultatea de Medicină din București, a fost confirmat cu titlu provizoriu pe data de 20 Martie 1942, în postul ce ocupă.

Prin decizia Min. Culturii Naț. și Cultelor Nr. 67.427 din 1942, d-l Dr. Nistor Dumitrescu, șef de lucrări la catedra de patologie generală a Facultății de Medicină din București, a fost confirmat cu titlu provizoriu pe data de 1 Februarie 1942, în postul ce ocupă. (Mon. Of. Nr. 88 din 16 Aprilie 1942).

Situația concursurilor. Externat: înscriși 74, admiși 73, prezenți 62, la prima probă reușiți 61.

Internat: înscriși 31, admiși 31, prezenți 30, la prima probă reușiți 29.

In Monitorul Oficial Nr. 86 din 14 Aprilie 1942, s'au publicat condițiunile de internare și asistență în spitalele pendinte de ministerul M. S. O. S. stabilite prin Decizia Nr. 1746/1942.

M. S. O. S. prin M. Of. Nr. 87 din 15 Aprilie 1942, comunică rectificarea la Regulamentul Nr. 6, pentru ocuparea posturilor de interni de spitale din decretul Nr. 738 din 10 Martie 1942 și inserat în M.

O. Nr. 60 din 11 Martie 1942, se fac următoarele modificări:

La pag. 1835, capitol III, art. 27, alin. II, în loc de „Această diposițiune se aplică și studenților în medicină ai altor Facultăți sau transferați în cursul anilor 1940 și 1941, dela Facultatea de Medicină din Sibiu”, se va citi: Această diposițiune se aplică și studenților în medicină ai altor facultăți transferați în cursul anilor 1940 și 1941, dela Facultatea de Medicină din Sibiu.

In Mon. Of. Nr. 73 din 26 Martie 1942, s'a publicat deciziunea M. S. O. S. Nr. 339 cu privire la acordarea unei diurne fixă lunară, începând dela 1 Decemvrie 1941.

Medicilor de circ. rur. și spitale mixte cu circ. rur., Lei 5000.

Revizoarelor de ocrotire, Lei 3000.

Personalul arătat mai sus nu va mai primi indemnizația de deplasare prevăzută de art. 1 din Jurnalul Consiliului de Miniștri Nr. 1226/1941.

Plata diurnei se va face până la 31 Martie 1942, dela art. 30 Casa Sănătății.

Numărul minim obligatoriu al zilelor de inspecții este de 12 zile lunar.

Alte detalii se pot vedea în M. Of. Nr. 73/1942.

Rezultatul Concursului de Secundariat

ținut între 9—13 Aprilie 1942

Specialitatea T. B. C.

Comisia: Conf. Dr. L. Daniello, președinte. Conf. Dr. I. Gavrilă și Med. Prim. Dr. C. Manta, membrii. — Candidați: înscriși 4, prezenți 1, declarați reușiți în ordinea clasificării: Dr. Iuliana Ursu-Graepel.

Specialitatea oftalmologie.

Comisia: Prof. supl. Dr. Mitter Valeriu, președinte. Conf. Dr. Borza St. Zeno și Med. Prim. Dir. Dr. Iosif Pușcariu, membrii. — Candidați: înscriși 1, prezenți 1, declarat reușit: Dr. Seitan I. Ionel.

Specialitatea Dermato-Venerice.

Comisia: Prof. Dr. Coriolan Tătaru, președinte. Dr. Țârlea Petre și Dr. Schulz Tiberiu, membrii. Velian Elena, secretară. — Candidați: înscriși 4, prezenți 3, declarați reușiți în ordinea clasificării: Dr. Bologa Emil, Dr. Motogna Alexandru, Dr. Costescu Boris.

Specialitatea Obstetrică și Ginecologie.

Comisia: Conf. Dr. Traian Popovici, președinte. Conf. Dr. Voicu Ioan și Dr. Horațiu Tănăsescu, membrii. Elena Vintilă, secretară. — Candidați: înscriși 2, pre-

zenți 2, declarați reușiți în ordinea clasificării: Dr. Zaharia A. Constantin, Dr. Mihăilescu L. Moise.

Specialitatea Chirurgie.

Comisia: Profesor Dr. Țeposu Emil, președinte. Doc. Dr. Filipescu Octavian și Dr. Horațiu Tănăsescu, membrii. Miclăușiu Coman, secretar. — Candidați: înscriși 6, prezenți 6, declarați reușiți în ordinea clasificării: Dr. Iacob Tiberiu, Dr. Dumitrescu Pavel, Dr. Bucheru Dumitru, Dr. Cristea Dumitru, Dr. Iosif Lazăr, Dr. Maria Mitrea Leluțiu.

Specialitatea boli interne și contagioase.

Comisia: Prof. Dr. Goia Ion, președinte. Conf. Dr. Daniello Leon și Conf. Dr. Gavrilă Ion, membrii. — Candidați: înscriși 16, prezenți 16, declarați reușiți în ordinea clasificării: Dr. Metz Alfred, Dr. Bârle Henrieta, Dr. Olariu Enea, Dr. Miclăușiu Vasile, Dr. Lazar Gheorghe, Dr. Diaconescu Ioan, Dr. Butean Romul, Dr. Motoc Remus, Dr. Berinde Grațian Leon, Dr. Crețoiu E. Mihail, Dr. Eremia Livia, Dr. Ciocan Ivan Victoria, Dr. Todoran Maria, Dr. Lințea Ioan, Dr. Cheșan Eugen, Dr. Dobrescu M. Nicolae.

Specialitatea Infantilă.

Comisia: Prof. Dr. Gh. Popovici, președinte. Dr. Maria Ghițescu și Dr. Elisabeta Zolog, membrii. — Candidați: înscriși 12, prezenți 11, declarați reușiți în ordinea clasificării: Dr. Pop Octavian, Dr. Dăncilă Ion Marius, Dr. Scurtu Alexe, Dr. Pop Teodor Emil, Dr. Rusu Elena, Dr. Enătescu Aurora, Dr. Berea

Roxana, Dr. Voniga Felicia, Dr. Armeanu Livia, Dr. Zaharia Silvia, Dr. Lazăr Octavia.

Prin deciziunea M. S. O. S. Nr. 108.799/1942, publicată în Mon. Of. Nr. 79 din 2 Aprilie 1942, următoarele persoane mai jos notate, au fost numiți membrii în Comisiunea pentru combaterea boalelor infecțioase și sociale, ce funcționează pe lângă Direcția Igienii Sociale:

D-1 Prof. Dr. Ionescu Mihăești, directorul institutului de seruri și vaccinuri Dr. I. Cantacuzino; prof. Dr. Mihai Ciucă, subdirectorul Institutului de seruri și vaccinuri Dr. I. Cantacuzino; prof. Dr. Iuliu Moldovan, directorul Institutului de igienă Sibiu; prof. Dr. Gh. Zotta, profesor de parazitologie la Facultatea de medicină București; prof. Dr. St. Nicolau; prof. Dr. I. Bălțeanu, directorul Institutului de igienă Iași; prof. Dr. C. Tătaru, profesor de dermatologie la Facultatea de medicină Sibiu; Dr. Gh. Banu, șef de secție Institutul de igienă București; confesor Dr. Marius Nasta; conferențiar Dr. Leon Daniello; conf. Dr. Iulie Nițulescu; Medic Colonel Dr. Căpitanovici; Dr. Cantemir Anghelescu, directorul Igienii Sociale, ca secretar.

Prin deciziunea Min. S. O. S. Nr. 108.789/942, publicată în Mon. Oficial Nr. 79 din 2 Aprilie 1942, următoarele persoane mai jos notate au fost numiți membrii în comisiunea farmaceutică:

Prof. Dr. St. Bogdan, farmacist Gh. Velescu, farmacist Hotărân Gh., farmacist Popovici Nic., farmacist Nistor Traian.

Bibliografie

din sumarul revistelor streine primite la redacție

Wiener Klinische Wochenschrift, Nr. 10. vom 10. März, 1942.

Mensch und Volk der Alpen: W. Hellpach.
Erkennung und Behandlung der Eklampsie: A. I. Amreich.
Zur peroralen Vitamin-K-Therapie: S. Thaddea und G. Frost.
Welchen Stand weist die heutige Pertussistherapie auf?: O. v. Chiari.
Ein Diagnostikum bei Otagie: S. Gatscher.

Nr. 11. vom 13. März, 1942.

Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose im Höhenklima: A. Wittek.
Die Behandlung der chronischen Prostatitis: H. Droschl.
Mensch und Volk der Alpen. (Schluss): W. Hellpach.
Bemerkungen zum Vortrage Böcks: Über die Behandlung frischer Augenverletzungen: R. Bergmeister.

Nr. 12. vom 20. März, 1942.

Unter welchen Bedingungen ist ein Tuberkulöser arbeitsfähig?: W. Ekhardt.

Operative Behandlung des Gebärmutterkrebses: A. I. Amreich.
Röntgentherapie des Diabetes insipidus: J. Báthory.
Die Behandlung der Fehlgeburt durch den praktischen Arzt: G. Herren.

Nr. 13. vom 27. März, 1942.

Welche klinische Bedeutung hat der Gesichtsausdruck eines Kranken?: M. de Crinis.
Wie behandle ich den Hyperthyroidismus?: H. Kutschera-Auchbergen.
Operative Behandlung des Gebärmutterkrebses (Schluss): A. I. Amreich.
Der Kaiserschnitt an der Toten: R. Rheindt.

Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 10. vom 6. März, 1942.

Arzneiversorgung im Kriege: Banzer.
Aktivitätszeichen bei Lungentuberkulose: Schulz.
Das Vollkornbrot und sein Vitamin B₁-Gehalt: Tropp.

Chronische Manganvergiftung und ihre Behandlung mit Belladonna: Schottky.
Osteomyelitis nach Tonsillektomie?: Oborniedermayr.
Muskelschmerzen bei Trichinose: Brandt.

Nr. 11. vom 13. März, 1942.

Die Hypoglykämien in der Praxis: Umber.
Die Verhütung der postnarkotischen Pneumonie mit der Intubationsnarkose nach Felgner: Dennhardt.
Pervitinsucht und akute Pervitinintoxikation: Dittmar.
Über die Verbreitung des Rheumatismus in den tropischen und subtropischen Ländern: Büngeler.
Die gemeinsame Wirkung des Nikotinsäureamids und Cortigens auf die Porphyrinurie bei Bleivergiftung: Bankö.
Über die Behandlung der sogenannten Prostatahypertrophie: Buhlenkampff.
Die Hypoglykämien nach Depotinsulin: Brentano.
Ist die multiple Sklerose eine allergische Krankheit?: Sproedt.
Japan und die abendländische Medizin: Kühlenbeck.

Nr. 12. vom 20. März, 1942.

Die Bedeutung des Tubercinreum des Zwischenhirns für das Zustandekommen der Geschlechtsreifung: Bustamente, Spatz und Weisschedel.
Gastritis, Ulcus, Karzinom: Meinertz.
Über die Organisation und Bedeutung des Sammelns von Frauenmilch im Grossen: Reuss und Urschitz.
Einrichtung und Organisation einer Rohfrauenmilchspendestation: Hassmann.
Zur Frage der pluriglandulären Insuffizienz: Lueken.
Bedeutung und Wesen der Mutationen: Boehm.

Nr. 13. vom 27. März, 1942.

Die chirurgische Wundinfektion und ihre Bekämpfung: Hellner.
Probleme bei der Verwendung von Desoxykortikosteron und ähnlicher Substanzen bei der echten Rindeninsuffizienz: Heni.
Die Auswirkung der Säuglingstuberkulose: Püschel.
Vergleichende Betrachtungen zur Fusshygiene: Röppe.
Gastritis, Ulcus, Karzinom (Schluss): Meinertz.
Aus der neuesten höchstrichterlichen Rechtsprechung auf dem Gebiet des Arztrechtes: Paech und Trembur.
Das formative Sonderverhalten des einzelnen Griseum cerebrale.

Nr. 14. vom 3. April, 1942.

Über die Prognose der Erkrankungen der Gallenwege: Munk.
Untersuchungen über eine neue erbliche agglutinable Blutkörpercheneigenschaft beim Menschen: Dahr.
Die spezifischen biologischen Behandlungsverfahren der Staphylokokkenkrankheiten: Gross.
Über enzephalitisartige Erscheinungsformen und Nierenfunktionsstörungen bei subkuter Bleivergiftung: Firchner.
Bibliographische Kurse für Mediziner: Kricker.
Aus der neuesten höchstrichterlichen Rechtsprechung auf dem Gebiet des Arztrechtes, (Forts). Paech und Trembur.
Zur Bekämpfung der Tuberkulose durch AO-Impfung: Sonnenschein.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Nr. 10, vom 7. März, 1942.

Pathogenie des sciaticus et des brachialgies: G. de Morsier.
Zur lingualen Applikation von männlichem Sexualhormon: K. Mischer und P. Gasche.
Zur hormonalen Behandlung der Magersucht: Anita Sauerr.

Über einen neuen Weg zur Behandlung hartnäckiger Schwerhörigkeit: K. M. Menzel.
Einige Gesichtspunkte zur Frage der Blutkonservierung: R. Fischer.
Ein Weg zur Krebsverhütung: Rudolf Roosen.
Lebensversicherung und medizinische Prophylaxe: Dr. jur. W. Linsmayer.
Die zweckmässige Filtration von Transfusionsblut: R. Bucher.

Nr. 11. vom 14. März, 1942.

Über die Ermüdung: A. v. Murat.
Zur Pharmakologie der Ermüdung: H. Staub.
Die Mangelkrankheiten: Fritz Koller.
La mort subite chez le nourrisson et le petit enfant: M. H. Thelin.
Die Verlängerung der antidiuretischen Wirkung des Hypophysen-Hinterlappen-Hormons durch Zusatz von Zink-Salzen: F. Eöldes u. E. Strausz.
Die Löslichkeit von Cibazol und Aetyl-Cibazol in Harn: Jean Druey u. Rolf Meier.
Experimenteller Beitrag zur Frage der Verwendung von Universalspenderblut: R. Buher.

Nr. 12. vom 21. März, 1942.

Die Andimetrie: E. Lüscher.
Über die Ernährungsfragen der Gegenwart: I. Abelin.
Weitere klinische Beobachtung über die Behandlung von Irgamid, insbesondere der Pneumonie: N. G. Markoff.
Aktive Herztherapie mit embryonalem Herzextrakt in der Lungenheilkunde: D. Szelöczy.
Sind Verwandtenehen vom eugenischen Standpunkt aus zulässig?: Berta-Turkalj-Aschner.

Nr. 13. vom 28. März, 1942.

Zur Indikationsstellung bei intrauterinen Eingriffen: W. Schumacher.
Nebennierenfunktionsprüfung nach Cutler, Power und Wilder. Anwendung bei Morbus Addison und anderen Krankheitszuständen: Anita Saurer.
Beiträge zum Verständnis des allergischen Bronchialasthmas, Versuche mit Forssman-Antiserum. P. Kallos u. L. Kallos-Deffner.
Zur Physiologie und Pathologie der Linse: Prof. Dr. M. Sachs.
Scorbut provoqué par intoxication au plomb guérison par transfusion: E. Ramel et J. J. Schenk.

Nr. 14. vom 4. April, 1942.

Der Kampf gegen die Krankheiten der Kreislauforgane: E. Attinger.
Hypophyse et Chirurgie: Jean Rossier.
Über Yperit-Erfahrungen bei Mensch und Tier: E. Rothlin.
Zur neurovegetativen Behandlung kindlicher Stoffwechselstörungen: E. Mayerhofer.
Nebennierenfunktionsprüfung nach Cutler, Power und Wilder. Anwendung bei Morbus Addison und anderen Krankheitszuständen: Anita Saurer.

Die Medizinische Welt, Nr. 10, vom 7. März, 1942.

Behandlung von Magendarmstörungen und Ruhrerkrankungen mit einfachen truppenärztlichen Mitteln: Prof. Dr. H. Denning.
Intestinale Autointoxication, Dysbakterie und die lebenswichtige Anaerobiose des Darminnern: Prof. Dr. W. Kollath, Dr. W. Geiger und Dr. S. Kramer.

Vorbeugende Massnahmen zur Verhütung von Hautkrankheiten: Dr. H. Koehler.

Roskastanienextrakt und Vitamin B₁ als peroral wirksame Mittel der Behandlung von Varicen, Haemorrhoiden und anderen Erscheinungen der venösen sowie der lymphatischen Stase: Dr. W. Elsner.

Narkotisierung ohne Einwilligung des Unfallverletzten — fahrlässige Körperverletzung.

Nr. 11. vom 14. März, 1942.

Die Sulfonamidpräparate und ihre therapeutische Auswertung: Prof. Dr. G. Domagk.

Zur pathologischen Anatomie der Cushingschen Krankheit: Dr. H. Schoen.

Vergleichende Untersuchungen über den Jodaustauschstoff „Jodana“ und die officinelle Jodtinktur (I): Dr. K. H. Kirschner.

Die „Fingermitra“ D. R. P.: Dr. H. Stappert.
Über die Herkunft der Syphilis.

Nr. 12. vom 21. März, 1942.

Die Sulfonamidpräparate und ihre therapeutische Auswertung: Prof. Dr. G. Domagk.

Vergleichende Untersuchungen über den Jodaustauschstoff „Jodana“ und die officinelle Jodtinktur: Dr. K. H. Kirschner.
Die Behandlung der Scabies mit Entral: Prof. Dr. Vnkennel und Dr. Karbe.

Die Behandlung der Superacidität bei Ulcus mit hydriertem Aluminiumoxyd: Dr. Busch.

Nr. 13. vom 28. März, 1942.

Dauer- und Zusatzblutungen der Gebärmutter: Dr. T. Nemcskay.

Über die Behandlung der Oberlippen- und Nasenfurunkel: Prof. Dr. H. Schneider.

Zur Behandlung leichter Frostschnitten: Prof. Dr. H. Nettenheim.
Die hormonale Behandlung des Bronchialasthmas: Dr. G. Venzmer.

Medmer und sein Problem: Dr. R. Tischner.

Umfang der Aufklärungspflicht vor ärztl. Eingriffen: Dr. W. Becker.

Nr. 14. vom 4. April, 1942.

Das Zungenkarzinom: Prof. Dr. E. Seifert.

Schwere Schwangerschaftstoxikose oder exogen bedingte Vergiftung?: Dr. F. Movers.

Über Suprareninvergiftung: Dr. C. Leuwer.

Eigenartiger Fall eines Fremdkörpers: Dr. Hegewald.

Röntgenuntersuchungen und ihre besonderer Wert für die Pflege der Volksgesundheit: Dr. W. Dieter.

Auenbrugger, Corvisart, Laennec, die Väter der physikalischen Diagnostik: San.-Rat Dr. R. Crautz.

Hippokrates, Nr. 10. vom 5. März, 1942.

Blutbildungsstörungen in der Schwangerschaft: Stodtmeister und Baum.

Nr. 11. vom 12. März, 1942.

Blutbildungsstörungen in der Schwangerschaft: Stodtmeister und Baum.

Über die allergische Pathogenese des Icterus catarrhalis: Corelli.
Die Verhütung der „Badereaktion“: Arany.

Sammelbericht über das deutsche Schrifttum auf dem Gebiet der medizinischen Strahlenkunde in ersten Halbjahr 1941: Dicker.

Nr. 12. vom 19. März, 1942.

Wandlungen in der Erscheinungsform des Menschen: Full.
Fasten bei Herdinfektionen: Buchinger.

Unsere Erfahrungen mit „T. C. 6“ bei Lungentuberkulose: Marquardt.

Nr. 13. vom 26. März, 1942.

Wandlungen in der Erscheinungsform des Menschen. (Schluss): Full.

Die Vollkornbrotaktion als Volksvorsorge: Kötschau.

Zur Genussgiftfrage: Pfeleiderer.

Berichte über den schädlichen Einfluss des Zornes auf das körperliche Befinden aus dem Jahre 1718: Hoffmann.

Aus altem homöopathischem Schrifttum: Schier.

Der Landarzt, Nr. 9. vom 25. Februar, 1942.

Die Bedeutung der Zellulose und Pectine für die Verdauungsvorgänge: Willy Weitzel.

Die Organgrößenbestimmung nach Bazzi--Bianchi: Pfeleiderer.

Nr. 10. vom 4. März, 1942.

Pflanzliche Sedative in der Behandlung nervöser Schlaflosigkeit: Magda Braun.

Zur Einreibungsfrage: Pfeleiderer.

Erfahrungen mit Vollkornbrot: Dr. P.

Sonnenrad über Ostasien: H. Welke.

Nr. 11. vom 11. März, 1942.

Missverständliche ärztliche Verordnungen: W. Zimmerman.

Nr. 12. vom 18. März, 1942.

Die klinische Bedeutung des Vitamins B₁: Willy Weitzel.

Die Geschichte der Homöopathie seit 1836: Erich Haehl.

Nr. 13. vom 25. März, 1942.

Standesspiegel: H. Berger.

Die Geschichte der Homöopathie seit 1836: Erich Haehl.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, Nr. 5. vom 1. März, 1942.

Versorgung der von Lungenerkrankungen- und -verletzungen betroffenen Soldaten: Prof. Dr. H. Bohnenkamp.

Über die Möglichkeit operativer Geburtshilfe im Privathaus und ihre gefahrlose Narkoseleitung: Dr. B. Manstein.

Kritisches zur hausärztlichen Behandlung des Mastitis: Dr. F. Spengler.

Die Röntgenbehandlung der Epykondilitis humeri: Dr. A. Richarz.

Nr. 6. vom 15. März, 1942.

Herz- und Gefässinsuffizienz und ihre Behandlung: Doz. Dr. K. Oberdisse.

Wie sind Ursachen, Verlauf und Erblichkeit der paroxysmalen Lähmung?: Prof. Dr. F. W. Bremer.

Versorgung der von Lungenerkrankungen- und -verletzungen betroffenen Soldaten: Prof. Dr. H. Bohnenkamp.

Wiener Medizinische Wochenschrift, Nr. 10, vom 7. März, 1942.

Bioklimatik und Siedlungsmöglichkeiten in den Tropen: Prof. Dr. R. Stigler.

Über die Ätiologie der Biermenschen Anämie eine B-Komplex Avitaminose: Dr. H. Jaeger.

Nr. 11, vom 14. März, 1942.

Wann verwende ich die unspezifische Reizkörpertherapie: Dr. E. Lauda.

Über Leberfunktionsprüfungen bei Lungentuberkulose: Dr. Fazil Sereffdin Bürge u. Dr. Veli Behcet Kurdoglu

Die Bedeutung der Sulfonamide bei der Bekämpfung ernster Komplikationen in der Oto-Rino-Laryngologie: Dr. J. Utrata-Banyai.

Nr. 12, vom 21. März, 1942.

Wohin und wann schicke ich einen Patienten zu einer Bäderkur?: Prof. Dr. E. Risak.

Bioklimatik und Siedlungsmöglichkeiten in den Tropen: Prof. Dr. R. Stigler.

Über Aethermissbrauch in Deutschland: Dr. R. Winter.

Nr. 13, vom 28. März, 1942.

Wie betreibt man die Differentialdiagnose bei Kreuzschmerzen?: Doz. Dr. H. Tasch.

Ein Jahrzehnt Erfahrung mit der prophylaktischen Methode der Aminosäuren der Leber bei Salvarsanschädigungen: Prof. Dr. U. Rebaudi.

Neue Beiträge zur Elektrokoagulation des Ganglion Gasseri nach Kirschner: Prof. Dr. E. Kubányi.

Kolloidale Kohle in der Therapie der Pyodermien: MUDr. E. Klucik.

Folia Therapeutica, Heft 3, März, 1942.

Notițe terapeutice

Despre tratamentul pruritului vulvei cu corpi oestrogeni sintetici. K. Nordmayer, Clinica ginecologică Göttingen: Dermat. Wschr. 1940 Nr. 49, p. 1035

Pruritul vulvei poate fi simptomatic în diabet, leucemie, alergii, etc, psihonevroze, și în fine, poate apărea ca o formă specială a fenomenelor de insuficiență ovariană. În acest prurit s'au încercat injecții cu novocaină, radioterapie, tratament chirurgical (vulvectomie, resecția nervilor), cure dietetice și în fine substanțe oestrogene. Până acum s'a obținut până la 75% vindecări cu substanțele oestrogene. Se presupune că substanțele oestrogene înlătură prolanemia excesivă și astfel simptomele de insuficiență, influențând focarul patologic favorabil și din punct de vedere trofic. N. a întrebuințat Cyren B (și pomada Cyren) cu rezultate bune 4 exemple:

1 Femeie de 53 ani cu prurit vulvar și anal de $\frac{1}{2}$ de an, fără nicio modificare externă a pielii. Săptămânal 2 injecții cu câte 5 mgr; Cyren B După 10 injecții, vindecare deplină

2 Femeie de 55 ani cu prurit foarte pronunțat (mai ales în regiunea anală) Se injectează la fiecare 3-4 zile 5 mgr, de Cyren B După a 3-a injecție, vindecare

3 Femeie de 49 de ani, de 1 an prurit vulvar și vaginal. Tratament cu pomadă de Cyren și injecții cu Cyren B După 6 injecții, vindecare.

4 Femeie de 45 de ani, cu turburări climacterice numeroase Acum și prurit vulvar și vaginal Tratamentul cu pomadă Cyren, repetat de 3 ori, produce o ameliorare rapidă, urmată după 1 injecție cu 5 mgr de Cyren B, de vindecare.

După cum arată foile de observație, tratamentul local cu pomadă Cyren și tratamentul parenteral cu injecții de Cyren B duc la înlăturarea promptă a neplăcutului prurit vulvar

Despre hormonoterapia pe cale bucală cu preparate de stilben. V Roth, Clinica ginecologică Karlsruhe Gebh u Frauenhkd 1941 Nr. 1 p. 12

R a încercat noile preparate de stilben la diferite turburări hormonale ale femeii. Bolnavelor cu amenoree secundară R le-a dat de câte 5-6 ori 2,5 mgr de Cyren B la interval de 3 zile, per os, și apoi le-a făcut injecții cu câte 15-25 mgr Lutren în 6-10 zile. Rezultatul așteptat s'a produs: froțiurile făcute ocazional au arătat efectele bune asupra refacerii endometrului. Un exemplu:

E B. 31 de ani; mai înainte, menstruații la fiecare 4-5 săptămâni, dela vârsta de 14 ani; de 3 ani, turburări menstruale; menstrele nu apar decât la 6-8 săptămâni pentru 7-8 zile, iar de 7 luni amenoree completă, cu cădere foarte abundentă a părului. Greutatea 110 kgr. S'a dat de 6 ori Cyren B pe cale bucală, câte 2,5 mgr. la interval de câte 3 zile, apoi Lutren, de 4 ori câte 100 mgr. la interval de câte 2 zile. Într-a 26-a zi de tratament, se instalează o menstruație de 7 zile. Niciun fel de fenomene secundare.

Și la alte cazuri, rezultatele au fost satisfăcătoare; de fiecare dată s'au putut produce menstruații de 8-12-16 ori; pe lângă aceasta în cursul tratamentului ulterior se poate reduce doza de Cyren B în tablete până la 9-10 mgr. La 2 femei, cari au redevenit amenoreice după încetarea tratamentului, deoarece terapia pe cale bucală nu a dat niciun rezultat, de abia administrarea parenterală a Cyrenului B și a Lutrenului a dus la o nouă înlăturare a amenoreei.

În dismenoree, R obținea pe vremuri rezultate cu câte 2,5-3 mgr. de Cyren B pentru fiecare ciclu, parenteral, cu tratamentul pe cale bucală făcut acum, erau necesare cantități ceva mai mari, cam până la dublul dozei de Cyren B. După durata fiecărui ciclu se administrează în ziua a 12-a, a 14-a și a 16-a, sau în a 13-a, a 15-a și a 17-a zi dela începutul ultimei menstruații câte 4-5 tablete de Cyren B forte (=0,5 mgr), în total 6-7,5 mgr., totuși mai târziu s'a constatat că și 4-5 mgr., repartizate pe 2 zile, erau suficiente. Uneori, efectul dorit nu se manifesta decât la al 2-lea sau al 3-lea ciclu. Numai în hipoplaziile foarte mari, era posibil să nu apară niciun rezultat.

În turburările climacterice, sunt absolut suficiente 0,1-0,2 mgr de Cyren B (zilnic). Numai rareori doza trebuie mărită. Eșecurile sunt aproape excluse

În colpita senilă pomada cu Cyren (în tampoane) a înlăturat rapid modificările obiective și turburările subiective atât de neplăcute. De cele mai multe ori au fost suficiente 3-4 tratamente, la interval de câte 2 zile. Numai în afecțiunile foarte rebele, a trebuit administrat Cyrenul B ca doză suplimentară, în cantitate de câte 2,5 mgr. pe gură sau i. m., o singură dată. Și eroziunile au putut fi influențate în bine în felul acesta și la un ulcer al gâmbel, care persista de ani de zile, s'a putut realiza odată cicatrizarea cu pomada de Cyren B.

„Obesitatea nu este o maladie gravă. Nu te omoară în
câteva luni, dar te face să mori zece ani mai de vreme“.

Linolysin^{Heming}

Glandă genitală. Tiroidă, Lob. ant. hipofiz. Timus.

◻

Slăbire rapidă și fără pericol

◊

3 drag. pe zi înaintea mesei sau 4 inj. 1 cc. intramusc. săptămânal
Indicat tratamentul combinat simultan.

Codex S. A. R. - Calea Șerban Vodă 41, București

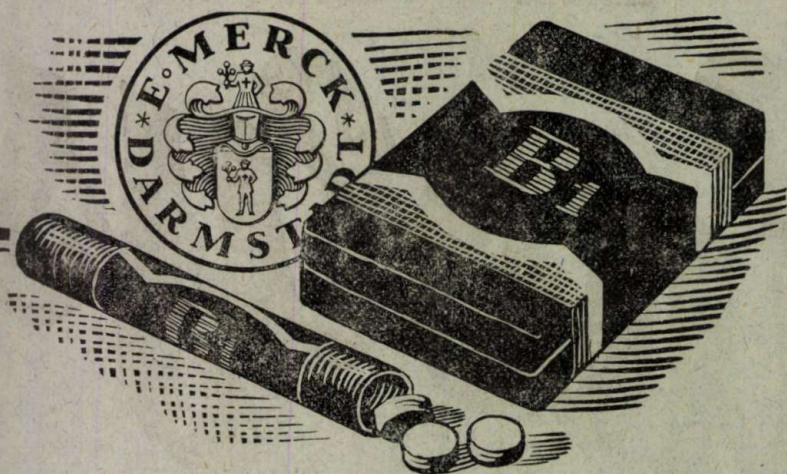
Intestinel

Pancreas. Duoden. Săruri biliare. Cărbune anim.

**Turburări digestive. Flatulență.
Dispepsie intestinală. Insuficiență
pancreatică**

3 ori pe zi câte 2—4 drag. înainte sau în
timpul meselor.

Codex S. A. R. - Calea Șerban Vodă 41, București



B E T A B I O N

Merck

= Vitamina B₁ pură cristalizată (aneurin)

În polinevrite, nevralgii, paralizii postdifterice,
migrenă, turburări cardiace avitaminotice etc.

Dozările cu mult mărite fără a ridica prețul!

TABLETE de 0,003 gr.

FIOLE de 0,005 gr.

FIOLE „forte“ de 0,025 gr.

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE • DARMSTADT
FONDATA ÎN 1827

Reprezentanța generală:
Chimiroman, Farmacist Liviu Bancu, București I, Str. T. G. Masaryk No. 32

Redacționale

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 4 pagini de revistă. Costul tiparului peste 4 pagini va fi suportat de autor, 500 Lei pagina.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeelelor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 500. Pentru autorități 1000 Lei. Pentru studenți 300 Lei. Costul unui număr este 80 Lei.

— Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

1 pagină odată 3.000, 3 ori 8.000, 6 ori 15.000, 12 ori 25.000 Lei
1/2 " " 2.000, " 5.000, " 8.000, " 15.000 "

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Pentru anunțuri plasate pe pagina recto se socotește un plus de 30%.

Pentru anunțuri periodice (băi, staț. balneare, staț. climaterice etc.) se plătește un plus de 50%.

Tabloul de prețuri al extraselor pe formatul 8^o valabil dela 1 Aprilie 1942.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar		Coperta obicinuită hârtie culeur										Observație	
	Primele 25 exemplare	Următoarele 25 exemplare	25	50	100	150	200	300	500	1000	3000	5000		
L e i		e x e m p l a r e												
L e i		L e i												
4	240	42	198	216	228	264	276	312	432	636	1680	3840	1 pagină din revistă co- respunde cca. la 3 pagini din extras.	
8	324	66												
12	456	80												
16	564	98												
Extrase pe hârtie velină		Copertă groasă colorată										Pentru fiecare clișeu se va socoti în plus 15 Lei.		
4	252	52	228	288	336	420	492	624	900	1380	3426		5880	Tablourile etc. lipite la extrase se vor socoti în plus.
8	343	79												
12	504	108												
16	612	137												

PARALIZIE GENERALA

ARSENOTERAPIE

Stovarsol
sodique

4 oxi - 3 acetilaminofenil - 1 arsinat de sodiu

FIOLE DE 0,50 gr. SI 1 gr.

INJECTII de 1 gr.
SERII de 20 la 30 gr.

CALE SUB-CUTANATA
sau INTRAMUSCHIULARA

IN ASOCIATIE

CU

PIRETOTERAPIE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES et "USINES du RHÔNE"
21, rue Jean Goujon - Paris

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL

Anul XXIII

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

Secretar de redacție:

Dr. D. CĂPRIOARĂ

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Dr. I. Cosma, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. M. Teleman, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Conf. Dr. I. Voicu, Dr. V. Weindel.

REDACȚIA**ȘI ADMINISTRAȚIA:**

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45

*Pentru hormonoterapie cu substanțe
active proprii corpului**

PROGYNON PROLUTON

pentru tratamentul
insuficienței ovariene
(și al cazurilor grave)

pentru tratamentul
hemoragiilor genitale
și al avortului repetat

TESTOVIRON

pentru terapia insuficienței
sexuale masculine

* Organismul nostru este adaptat acestor corpuri, al căror metabolism intermediar nu necesită noi funcțiuni. Deci tratamentul cu substanțe proprii corpului, dozate rațional, are multe avantaje, motiv suficient pentru a prefera pe cât posibil aceste substanțe, dacă putem obține cu ele același rezultat ca și cu medicamente străine corpului. —
Klin. Wschr. 1938, N. 19, S. 633

Literatură detaliată și îndrumări referitor la dozaj stau la dispoziție

SCHERING A. G. BERLIN

Biroul științific București, Str. Clemenceau No. 6

Tel.: 3.58.05

Schering

LEUKOTROPIN

**Antiflogistic
Analgetic
Antipiretic**

mai ales indicat în toate

sindromele reumatismale

artrite acute

inflamații ale mucoaselor

Forme de prezentare:

intravenos:

Cutii cu 2 fiole de 10 cmc.

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

intramuscular:

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

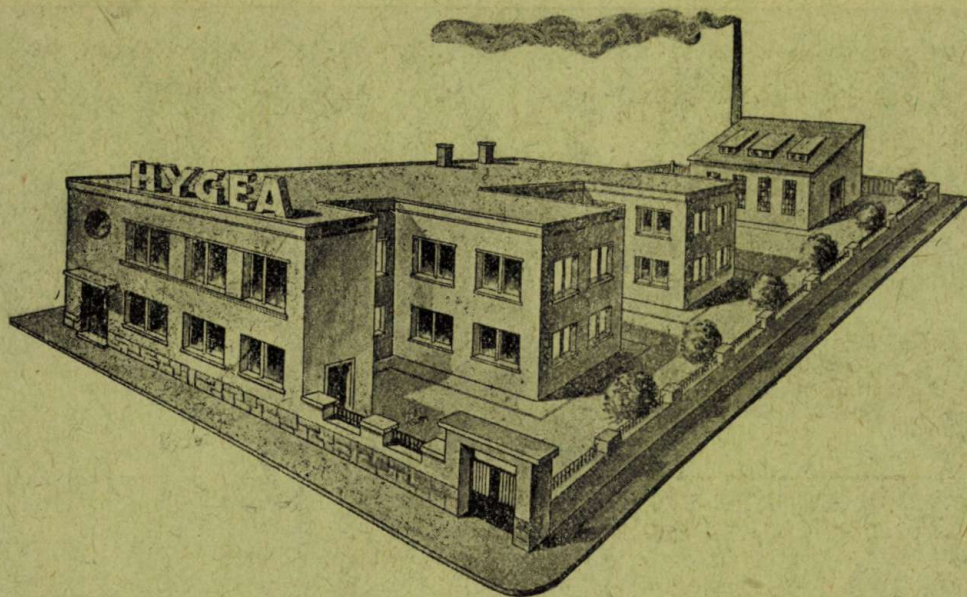
ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO.

(vorm. Silten-Gesellschaft)

MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.



Anemie și debilitate generală

Neurotonic, stimulent al digestiei și
reconstituant în afecțiuni debilitante

ARSOTAL

DRAGÉE 40 ȘI 100

(Combinație de Acid
arsenic, Extr. de
nuca vomica, Gua-
jacol și Ferr. lactic)



Medicament reconstituant

TONICUM HYGEA

SIROP

Combinație de Vita-
mine, Extract de
ficat, Extract Cola,
Nux vomica, Calc.
glycerophosph.,
hidrați de carbon
și Vin.)



FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R.
BUCUREȘTI V

Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44



În stări de extenuare, slăbiciune și inapetență, precum
și în convalescență

TONICUM »Bayer«

Ameliorează tabloul sanguin, tonifică sistemul nervos, mărește forța
vitală și sporește pofta de mâncare.

Tonicul »Bayer« este luat cu plăcere de adulți și copii.

Flacon cu cca. 180 ccm.

»Bayer«



LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România: »ROMIGEFA« S. A. R., București, Str. Brezoianu Nr. 53

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

SIBIUL MEDICAL

Anul XXIII

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL :

Articole științifice :

Prof. Dr. I. Hațieganu și Dr. O. Fodor: Sindromul ipoglicemiei cronice în trichinoză	Pag. 223
Prof. Dr. Victor Papilian și Dr. Victor Preda: O nouă interpretare a mecanismului gastrulării	" 226
Prof. Dr. D. Michail și Dr. Lavinia Păcurariu: Glioza prepapilară	" 230
Mihai Iubu și Ion Ambrus: Neuro-labirintita totală bilaterală sifilitică	" 238

Medicină de războiu:

Medic Lt.-Colonel Liviu Ursu, Medic Locot. Dr. Vălceanu Temistocle și Medic Sublt. Dr. Perianu Sorin Tiberiu: Intoxicația acută cu alcool methylic (spirt antiger)	" 241
--	-------

Probleme terapeutice:

Conf. Dr. Ion Gavrilă: Regimul cu pudra de mere Aplona în tratamentul dizenteriei bacilare	" 245
Dr. C. Oprișiu: Studiu critic asupra tratamentului operator al fisurilor labiovelopalatine (buză de epure și gură de lup)	" 249

Activitate sanitară și de ocrotire:

Dr. Oct. Oprean: Evenimentele sanitare din județul Sibiu, în cursul anului 1941	" 253
Emil v. Behring „Salvatorul soldaților”	" 259

Revista cărților

Introducerea în igienă și în epidemiologie de Prof. Dr. Heinz Zeiss și Prof. Dr. Ernst Rodenwaldt. — Elemente de istologie și tehnică microscopică de Prof. Ioan Drăgoiu. — Abecedarul colorizilor pentru studenți de R. E. Liesegang.	" 260
--	-------

Revista revistelor

Dr. L. D.: Vizita profesorului Morelli la Sibiu	" 263
---	-------

Note și informațiuni

Decrete. — Deciziuni. — Numirea internilor și externilor la Serviciile spitălicești. — Posturi vacante.	" 264
---	-------

Bibliografie

Notițe terapeutice

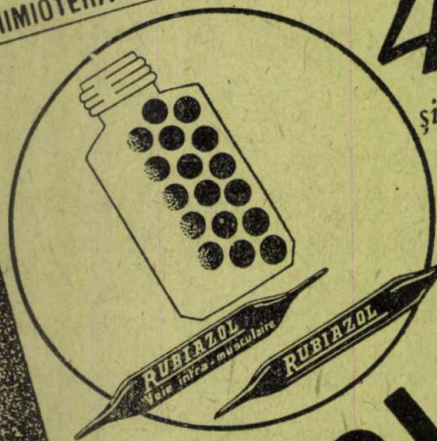
211

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCHILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări

și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CA



RUBIAZOL
COLORANT AZOIC

este
**CEL MAI ACTIV și
COMPLET ATOXIC**

DOZA ZILNICĂ:
6:12 comprimate
2:3 fiole



LABORATOIRES DU DR. ROUSSEL-PARIS

Eșantioane Medicale și literatură la:

Reprezentanța generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTETIA” S. A. R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREȘTI, III

Telefon 221.38

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Sindromul ipoglicemiei cronice în trichinoză

de

Prof. Dr. I. Hațieganu și Dr. O. Fodor

Infestația cu trichină la om în timpul normale și în țări cu control veterinar, este o apariție destul de rară. În timpul excepționale, când se impun anumite restricțiuni în tăierea animalelor, apariția bolilor legate de consumul cărnii alterate sau provenită de la animale tăiate clandestin, este mai frecventă.

În literatura medicală în timpul din urmă sunt publicate cazuri de infestație mai ales la soldați care au consumat carne de porc de la animale tăiate în reglul încă fără organizație sanitară definitivă.

Apariția trichinozei la noi este destul de rară. În Germania ultima epidemie de trichinoză a fost descrisă în 1930 la Stuttgart, în urma consumării de carne de urs. De atunci s'a extins ca obligatorie trichinoscopia și la tăierile acestor animale. Mai recent, în 1940 și 1941 au fost descrise 2 epidemii, una de către *Handloser* și a doua de *Holler* și *Schmidt* ambele la soldați proveniți de pe front. Ultima epidemie ivită în România a fost observată de Secărea la un cămin de studenți din Cluj, în anul 1940.

Obiectul articolului de față îl formează o infestație în masă cu trichină, datorită consumului cărnii de porc tăiate clandestin și pusă în vânzare la o măcelărie dintr-o comună rurală din județul Sibiu. Infestația s'a produs la sfârșitul lunii Decembrie și începutul lunii Ianuarie 1942, îmbolnăvindu-se în total 26 persoane, dintre care un caz mortal, 3 cazuri grave, și restul de 22 au fost forme ușoare, foarte ușoare sau inaparente, care numai la o anchetă epidemiologică și la controlul eosinofiliei s'au putut deplasa.

Trei cazuri, cu fenomene clinice destul de grave au fost internate, tratate și vindecate în serviciul clinicii noastre. Simptomatologia lor prezenta anumite caractere, abătându-se întru câțiva dela cele cunoscute, iar o parte a simptomelor cunoscute până acum pot fi interpretate

mai bine în lumina unor noi semne biologice. Dăm mai jos observațiile clinice.

Obs. I. — M. L. 37 ani, strungar. Se internează în clinica medicală la 20 I. 1942, părăsește serviciul la 22 II. 1942. Din antecedentele erodocolaterale deducem că soția bolnavului a prezentat fenomene asemănătoare cu cele descrise de bolnav mai jos, ea fiind în momentul internării bolnavului, sub tratament medical într'un sanator particular, unde peste 2 zile sucombă. În antecedentele personale, a suferit de o difterie la 16 ani, nefumător, nealcool. Bolnavul ne spune că înainte cu 3 săptămâni de a se interna la noi a cumpărat carne de porc de la o măcelărie din care a făcut cârnați, consumând din ei împreună cu soția lui, în repetate rânduri până înainte cu o săptămână de a se interna în serviciul nostru.

Boala pentru care se internează apare înainte cu 3 zile, începând cu cefalee, oboseală, și de câteva ori senzația de fiori. A doua zi dimineața s'a instalat febră — temperatură până la 40° — i se tumefiază fața, mai ales pleoapele și degetele dela mâini. Aceste tumefacții au ținut vreo 6 zile. Tot în aceeași zi a avut 2 scaune moi și tenesme care persistă până la internare. Temperatura se menține tot ridicată, 38—39,5°, cefalee continuă. Ceea ce ne impresionează este o stare de adinamie care se pronunță tot mai mult. În ziua internării acuză și dureri la nivelul maselor musculare a gambelor, antebrațelor și cefei, dureri care sunt provocate mai ales dacă se mișcă în pat sau dacă încearcă să stea în picioare.

Obiectiv la internare se constată un edem al pleoapelor, tumefacția discretă a degetelor dela mâini, tegumentele ceva mai palide. Temperatura 39°, care se și menține cam la acest nivel timp de o săptămână iar în următoarele patru săptămâni este subfebril. Tesutul celular subcutanat păstrat, sistemul osos intact. La presiunea maselor musculare ale gambelor și coapselor acuză dureri. În pat stă culcat în decubit lateral cu genunchii flectați. Acuză o oboseală extremă, nu e capabil nici de cel mai mic efort, vorbește greoiu, răspunde încet la întrebările puse, e ușor desorientat. Pupilele sunt centrale, rotunde, egale, reacționează la lumină și distanță. Reflexele patelare nu se produc. Asupra aparatului respirator și circulator relațiuni normale. T. A. 14—7 (V. L.) Bradicardie relativă. Abdomenul nu prezintă puncte sensibile. Ficatul și splina nu sunt mărite. Reacția Wassermann negativă. Leucocitoză: 8,000, cu polinucleare neutrofile 41%, eosinofile 15%, limfocite 12%, monocite 2%. Glicemia 88 mg%. Examenul urinei: albumină, pu-roiu, zahăr, negative.

Se face trichinoscopia cărnațului din care a consumat bolnavul, și se constată prezența larvelor de trichină.

A doua zi după internarea bolnavului se începe un tratament cu injecții intramusculare cu Fuadin care sunt administrate zilnic, în total 15 (73,5 cmc.). După a treia injecție cu Fuadin eosinofilia care la intrare era de 15%, se urcă la 32%, iar spre sfârșitul tratamentului, când fenomenele clinice încep să se amendeze, este de 19%. Tot timpul glicemia se menține sub limita normală, până în săptămâna 4-a când este în jurul cifrei de 1 la mie.

Tot timpul bolii este foarte obosit, adinamic, activitatea este greoaie; în prima săptămână timp de 2 zile prezintă accese de răpe care nu le poate reține, involuntare. În a 4-a săptămână a bolii reflexele patelare încep să se schițeze, fiind de amplitudine abia perceptibilă.

După 5 săptămâni de boală părăsește serviciul, convalescent.

Obs. II. — B. G. 38 ani, zidar. În antecedentele eredo-colaterale nimic important.

Uzează zilnic de beuturi alcoolice.

Bolnavul a petrecut în ultimul timp în aceeași localitate cu bolnavul precedent procurându-și carnea de porc din aceeași sursă. Se internează în serviciul nostru la 28 I. 1942, afirmând că este bolnav de 12 zile, când s'a îmbolnăvit brusc, cu dureri abdominale în epigastriu și periumbilical, scaune diareice câte 2—3 la zi iar de a doua zi a devenit febril, temperatura până la 39 grade, cefalee, și o stare de slăbiciune foarte exprimată. În aceeași zi a observat că i se tumefiază fața și a început să aibe dureri nu prea accentuate la nivelul articulațiilor mâinilor. După 9 zile de debutul bolii se simte mai bine nu mai are decât foarte ușoare dureri abdominale și o stare de slăbiciune care persistă, e foarte exprimată încât nu-și poate vedea de ocupație, e subfebril. Pentru aceste fenomene consultă un medic care-l îndrumă la clinică.

La internare bolnavul prezintă foarte discrete edeme palpebrale, temperatura 37,4. Tegumentele și mucoasa vizibile normale colorate. Nu acuză dureri musculare. Senzoriul clar, pupilele centrale, rotunde, egale, reacționează la lumină și distanță, nu prezintă diplopie. Reflexele patelare vii. După 3 zile de la internare devine somnolent, doarme aproape încontinuu, apatic, răspunde greoiu, cu accent disartric, prezintă stări confuzionale pasagere. Pierde involuntar urină și materii fecale. Mersul spastic, uneori titubează, confuz (Încearcă să deschidă ușa în partea opusă de unde e mânerul). Pofa de mâncare exagerată, se scoală noaptea și își caută de mâncare. Asupra aparatului respirator și circulator relațiuni normale. T. A. 11—8 (V. L.). Abdomenul nu prezintă puncte sensibile la palpare. Ficatul și splina nu sunt mărite. Reacția Wassermann în sânge și lichid cefalo-rachidian negative. Pandy Nonne—Appelt negative. Fuchs-Rosenthal 1 elemente pe mmc. Leucocitoza: 13,600, cu 48% polinucleare neutrofile, 21% limfocite, 30% eosinofile, 1% monocite. Examenul urinei, albumină, puroiu, zahăr, negative. În ziua internării glicemia e normală. Concomitent cu instalarea fenomenelor neuro-psihice de mai sus, glicemia coboară sub limita normală, 80 mlgr.‰ și se menține sub această cifră până în ziua 32-a a bolii, cu toate că se administrează zilnic injecții cu soluție hipertonică de glucoză. Primește 12 injecții Fuadin (57,5 cmc.) și 3 injecții Antimosan (6 cmc.). După 35 zile de boală părăsește serviciul restabilit.

Obs. III. — S. E. 25 ani, profesoară. La începutul lunii Ianuarie se alimentează cu carne de porc din aceeași sursă ca bolnavii de mai sus. Boala pentru care se internează a început insidios înainte cu 4 săptămâni, cu cefalee nu prea accentuată, o stare de astenie, care se pronunță progresiv, bolnava observând că obosește în timp ce-și vedea de ocupațiile obișnuite. Fiind profesoară, în timpul lecțiilor pe care le ținea observă că se exprimă mai greu, nu găsea cuvintele, încât de multe ori o ajutau elevele, are scurte amnezii. În zilele următoare s'a prezentat și o inapetență,

ușoare grețuri, și la 4 zile de la observarea acestor fenomene i s'au tumefiat pleoapele, s'au înroșit ochii și vedea uneori obiectele cu contur dublu. Tot atunci a devenit febrilă, temperatura până la 39,5, starea de adinamie se pronunță tot mai mult, cefaleea este permanentă. Nu poate dormi aproape de loc, nici noaptea. A consultat un medic, care a suspectat-o de febră tifoidă, și a internat-o într'un spital de boli contagioase, unde i s'au făcut reacțiile serologice care au rămas negative. În acest spital a avut de 2 ori convulsii tonico-clonice generalizate. Cu aceste fenomene a fost transpusă în clinica noastră la 7 II 1942. La internare prezenta o stare generală foarte mult alterată. Tegumentele palide, buzele ușor cianotice, țesutul celular subcutanat redus, nu acuză dureri musculare spontane. Senzoriul limpede, apatică. Pupilele centrale, rotunde, egale, reacționează la lumină și distanță. Reflexele patelare abia se schițează. Încercând să provocăm semnul lui Kernig bolnava acuză dureri la nivelul membrului inferior respectiv. Cefala ușor rigidă, asupra aparatului respirator și circulator, relațiuni normale. T. A. 13—8 (V. L.). Ficatul și splina nu sunt mărite. Leucocitoza: 8,200 cu polinucleare neutrofile 80%, eosinofile 9%, limfocite 11%. După 3 injecții cu Fuadin eosinofilia se urcă la 26%, și limfocitele la 27%. Glicemia 70 mlgr. Reacția Wassermann negativă. Urina: albumină, puroiu, zahăr, negative.

În prima zi a internării în serviciul nostru are senzația de amorțeală în membrul superior stg. care a ținut câteva minute. Aceeași senzație a avut-o și cu ocazia producerii celor 2 accese de convulsii tonico-clonice descrise mai sus. Se ia atunci sânge pentru glicemie care a fost de 70 mlgr.‰ administrându-se imediat glucoză intravenos, după care bolnava se simte mai bine. Injecțiile cu glucoză s'au repetat zilnic, administrându-se în plus și Dextropur per os. Cu tot acest tratament repetându-se tot la 3—4 zile glicemia, aceasta a oscilat între 70—83 mlgr.‰ nerevenind la normal decât după 6 săptămâni de boală coincidând cu ameliorarea întregii simptomatologii clinice. S'a administrat 15 injecții Fuadin (73,5 cmc.). La 6 săptămâni de la debutul bolii părăsește serviciul convalescentă.

Nu vom discuta simptomele: febră, turburări gastro-intestinale, edemul capului, durerile musculare și eosinofilia, descrise și bine cunoscute. Vom încerca să interpretăm unele simptome în lumina nollor constatări.

Handloser constată în legătură cu o infestație în masă (39 bolnavi) la o trupă ce opera în 1939 în Polonia, pentru prima dată o ipoglicemie ce varla între 80—45 mlgr, trăgând din această constatare concluzii de diagnostic și tratament.

Bolnavii internați în serviciul nostru au prezentat în timpul bolii o scădere a glicemiei între 70—80 mlgr.

În legătură cu această constatare vrem să scoatem în evidență un grup de simptome atribuite până acum intoxicației trichinozice, care simptome ar putea fi raportate la ipoglicemia constatată atât de frecvent în această boală.

Aceste simptome explicabile prin ipoglicemie sunt mai ales fatigabilitatea și fenomenele nervoase.

Fatigabilitatea extraordinară pe care o prezintă această categorie de bolnavi este foarte marcată. Atât bolnavii a căror observații le-am dat mai sus, cât și cei care au făcut forme ușoare, nefiind descoperiți decât la ancheta epidemiologică au prezentat acest simptom, la mulți dintre ei fiind aproape unicul semn afară de

eosinofilie. Unul dintre aceștia, măcelar de profesie și de o robustețe fizică remarcabilă, a ajuns într'un grad de astenie impresionantă, încât era în imposibilitate de-a face cel mai mic efort, prezentând și dificultate la mers, ceea ce l-a făcut să consulte medicul. Fatigabilitatea pe care-o prezentau bolnavii care l-am avut în serviciul nostru s'a ameliorat odată cu încetarea celorlalte simptome de boală, fără însă a dispărea complet; în perioada ultimă a bolii fiind unicul simptom subiectiv care mai persista. Bolnava dela Obs. III. nu mai prezenta decât ușoare subfebrilități, fără dureri musculare, nu avea însă energia necesară ca atunci când avea lipsă de ceva, să întindă mâna la soneria care era lângă pat, să sune. Această stare de astenie este atribuită de autorii mai vechi toxinelor sau unor produse toxice rezultate din metabolismul trichinelor. (Romanovitch, Fleury).

Accidente neuroase: sunt multiple și foarte variate în cursul trichinozel. Afară de cefalee se observă mai ales modificări de caracter, turburări de memorie, — o stare de beție — somnolență până la letargie, apoi turburări sfincteriene, modificarea reflexelor tendinoase, ba chiar și fenomene de polinevrită.

Simptomele susamintite sunt considerate ca o expresie a stării de intoxicație prin trichină. Însă asemănarea foarte evidentă a acestor semne cu cele constatate în stările ipoglicemice de durată mai lungă — fie spontană, fie prin administrare de insulină Depot — ne face să presupunem că și în trichinoză se produc în mare parte prin același mecanism. În această presupunere pare a ne confirma nu numai similitudinea ci și constatarea dispariției ori ameliorarea acestor simptome deodată cu revenirea unei glicemii normale, apoi influența binefăcătoare a administrării de glucoză.

Într'adevăr regăsim simptomele mai sus descrise de variați autori în ipoglicemia cronică după Depot-Insulină. *Falta, Reinwein, Nonnebruch* descriu în simptomatologia ipoglicemiei cronice post-Depot Insulină un tablou care se caracterizează prin lipsa fenomenelor neuro-vegetative (tremurături, transpirații, tachicardie, foame imperioasă) și prezența aproape constantă a fatigabilității plus o serie de turburări nervoase cerebrale și psihice, (cefalee, indiferență, apatie, turburări de memorie, stări de excitație și depresie, stări de confuzie, până la psihoză, stări letargice ba chiar comatoase), fenomene dispeptice și o dispoziție spre colaps. *Umbert* explică toate aceste simptome printr'o diminuare a glucozei în sistemul nervos central.

Prezența acestor simptome și în formele foarte ușoare — ambulatorii — cu ipoglicemie, asemănarea lor cu fenomenele observate în ipoglicemia cronică spontană și post-Insulinică, arată că ipoglicemia se instalează în majoritatea cazurilor de trichinoză. Această instalare este lentă și se menține mult timp fiind uneori

probabilă și căderi bruște dând simptomele unui șoc ipoglicemic acut.

Ipoglicemia în trichinoză fiind cronică, poate da cele mai variate simptome. *Fatigabilitatea și accidente neuroase* par a forma principalele simptome cu caracter aproape revelator. Simptomatologia ipoglicemiei cronice nu apare însă în puritatea sa, fiind prezente o serie de simptome datorite intoxicației, prezenței trichinei. Aceasta explică că tratamentul prin glucoză nu este așa de prompt în ameliorarea simptomelor ca într'o ipoglicemie cronică pură.

Este însă probabil că ipoglicemia i se pot datorii multe simptome și în special fatigabilitatea și accidente neuroase. Asemănarea simptomelor cu cele observate după Depot-Insulină vin să ne încurajeze în această interpretare. Simptomele observate sunt aproape identice cu cele observate în ipoglicemia după Depot-Insulină și explicate de către *Umbert* prin ipoglicemia cerebrală. De aceea constatările ipoglicemiei și atribuirea în trichinoză o valoare diagnostică și terapeutică indiscutabilă.

Patogenia ipoglicemiei din trichinoză nu poate fi decât cea obișnuită. Trebuie să bânțuim o hiperfuncție a Insulelor Langerhans — o hiperpancreatie — provocată prin toxinele elaborate de trichină, ori poate printr'o infecție locală pancreatică provocată de trichină. Prin această infecție — intoxicație s'ar putea explica o pancreatită insulară hiperplastică. O patogenie prin intervenția unei turburări mai complexe prin afectarea glandelor suprarenale, ipofiză, tiroidă, ficat pare mai puțin probabilă.

Din aceste observații — pe care vrem să le controlăm și experimental — suntem îndreptățiți a stabili următoarele concluzii:

a) *Ipoglicemia* prin frecvență, este un semn biologic foarte important alături de eosinofilie, în trichinoză.

b) *Ipoglicemia* se instalează lent și durează lung. De obicei nu este gravă, nu coboară sub 60–70 mg/l. Această instalare lentă și continuă se aseamănă cu ipoglicemia observată după Depot-Insulină.

c) O parte a simptomelor trichinozel se pot interpreta prin această ipoglicemie lentă și cronică fără a face o relație prea strânsă între gradul glicemiei și gravitatea simptomelor.

d) *Sindromul ipoglicemic cronic* formează o parte a simptomatologiei clinice din trichinoză.

e) Administrarea glucozei se impune în tratamentul trichinozel.

f) Administrarea Fuadinei asociată cu glucoză este baza tratamentului trichinozel. Acestul tratament se poate adăuga clorură de calciu și ser fiziologic, și adrenalina (de trei ori pe zi câte $\frac{1}{4}$ mgr).

CLINICA I MEDICALĂ, CLUJ-SIBIU

Director: Profesor Dr. Iuliu Hațieganu.

RESUMÉ

Le syndrome de l'hypoglycémie chronique dans la Trichinose

Les auteurs étudient 26 cas de trichinose survenus au cours d'une épidémie, parmi lesquels il y a eu trois formes graves, un cas mortel, et 23 cas ayant présenté des formes légères, très légères ou inapparentes. La glycémie des trois cas graves a oscillé entre 70—80 mgr. et n'est revenue à la normale qu'avec l'amélioration des autres symptômes.

De leurs observations cliniques les auteurs tirent les conclusions suivantes :

a) L'hypoglycémie, comme l'eosinophilie, par sa fréquence, est un signe biologique très important.

b) L'hypoglycémie s'installe lentement et dure longtemps. Elle n'est habituellement pas grave, ne descendant pas au — dessous de 60—70 mgr. Le début insidieux et la durée prolongée de cette hypoglycémie, constituent un trait d'union entre celle — si et L'hypoglycémie observée au cours du traitement avec dépôt-insuline.

c) Une bonne part des symptômes de la trichinose s'explique par cette hypoglycémie lente et chronique sans pouvoir établir un rapport très étroit entre le degré de l'hypoglycémie et la gravité des symptômes.

d) Le syndrome de l'hypoglycémie chronique constitue une partie de la symptomatologie clinique de la trichinose.

e) L'administration de la glucose s'impose dans le traitement de la trichinose.

f) La Fuadine, associée à la glucose, constitue la base du traitement de la trichinose.

ZUSAMMENFASSUNG

Syndrom der chronischen Hypoglykaemie bei Trichinose

Die Autoren haben 26 im Verlaufe einer Epidemie auftretende Trichinosefälle studiert, darunter 3 schwere (einer tödlich), und 23 leichte sehr leichte, oder beinahe symptomlose. Die Glykaemie der 3 schweren Fälle schwankte zwischen 70—80 mgr.‰ und wurde nur mit der Besserung der übrigen Symptome normal.

Aus ihren klinischen Beobachtungen ziehen die Autoren folgende Schlüsse :

1. Die Hypoglykaemie sowie die Eosinophilie sind wegen ihrer Häufigkeit sehr wichtige biologische Zeichen.

2. Hypoglykaemie tritt langsam auf und hält lange Zeit an. Sie ist in der Regel nicht schwer, geht nicht unter 60—70 mgr.‰. Der schleichende Beginn und die lange Dauer dieser Hypoglykaemie ist ähnlich der, die im Verlauf einer Behandlung mit einem depotinsulin beobachtet wird.

3. Ein guter Teil der Trichinosesymptome erklärt sich aus dieser geringen und chronischen Hypoglykaemie, ohne dass man ein sehr enges Verhältnis zwischen dem Grade der Hypoglykaemie und der Schwere der Symptome feststellen könnte.

4. Das Syndrom der chronischen Hypoglykaemie bildet einen Teil der klinischen Symptomatologie der Trichinose.

5. Die Verordnung von Glukose empfiehlt sich bei der Behandlung der Trichinose.

6. Fuadin verbunden mit Glukose bildet die Basis der Trichinosebehandlung.

O nouă interpretare a mecanismului gastrulării

de

Profesor Dr. Victor Papilian și Dr. Victor Preda

Problema mecanismului gastrulării este actualmente subiectul a numeroase discuțiuni, fiind supusă încă la mari controverse. Unii dintre embriologi, bazați pe aspectul morfologic al dezvoltării embrionului, au căutat să stabilească o legătură între diferitele aspecte ale gastrulării în scara vertebratelor. Necunoscând însă cauzalitatea deplasărilor de celule în momentul gastrulării, acești embriologi au eșuat în încercarea lor. Pe de altă parte acei care s-au ocupat de mecanica cauzală și de fiziologia embrionului, au căutat la rândul lor să stabilească o legătură funcțională între felurile modalităților de gastrulare în scara vertebratelor. Ei n-au reușit însă în încercarea lor, pe de o parte nedând o prea mare importanță aspectului morfologic, iar pe de altă parte făcând deseori o confuzie de termeni, introducând în termenii morfologiei un conținut fiziologic. În felul acesta, nu e posibil astăzi să se vorbească de-o identitate în procesul de gastrulare la diferitele vertebrate.

Bazați pe de o parte pe studiul morfologic al

gastrulării embrionare, iar pe de altă parte pe studiul funcțional al acestei gastrulări, am căutat la rândul nostru să stabilim o legătură comună între diferitele modalități de gastrulare în scara vertebratelor și totodată de a elucida semnificația diferitelor formațiuni ce apar la vertebratele superioare (paseri și mamifere).

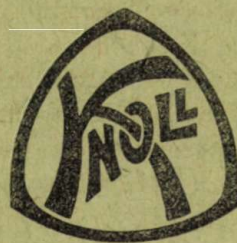
Conceptia clasică admitea că gastrularea este acel proces care ne prezintă formarea a două folii primare ce se continuă la nivelul blastoporului, înconjurând o cavitate centrală numită archenteron. Gastrula este deci după această concepție un germene didermic format dintr-o folie externă numită ectoblast și o folie internă numită endoblast. În concepția clasică, folia internă sau endoblastul ar da naștere ulterior prin scindare hipoblastului, coardelor dorsale și mesoblastului.

Astăzi, în urma cercetărilor lui Vogt, se admite de embriologi că gastrula amfibiilor și amfioxului nu este un germene didermic pur, așa cum pretinde em-



La tuse intensă

Cardiazol-Dicodid- picături



Flacoane à 10 gr.

Dozare: sugari primesc de 2-3 ori pe zi 1-5 picături; copii mai mari de 3 ori pe zi 5-10 picături; adulți de 2-3 ori pe zi 15-20 picături.

KNOLL A.-G., Fabriici chimice, LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, București 3.

Scilloral

Glicosidul cardiac
maniabil cu mari po-
sibilități de dozare.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT · CHEM. FABRIK · BRACKWEDE

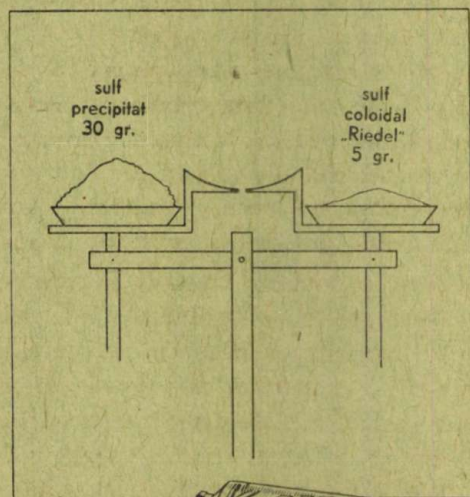


Literatură și eșantioane vă
stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, București

CATAMIN

conține SULF COLOIDAL



Grație concentrației mici se evită
iritațiunile.

Acțiunea puternică este asigurată
prin dispersiunea în particule mici.

Indicațiuni:

Scabie
Pitiriază
Eczeme
Prurigo
Intertrigo
Acnee



Forme de prezentare: Tuburi de 30 și 55 gr.

J. D. RIEDEL E. de HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

Reprezentant pentru România: **RUDOLF FOREK**

București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

biologia clasică, ci un germen tridermic, dat fiind că mesoblastul și coarda dorsală formează o foiță mijlocie pe măsură ce se produce invaginația. Actualmente majoritatea embriologilor sunt de acord pentru a defini gastrula ca așezarea la locul cuvenit, în interiorul germenului, a foșelor internă și mijlocie.

Noi vom defini gastrula ca acel proces în urma cărui se produce așezarea la locul cuvenit, în interiorul germenului, a foșelor internă și mijlocie, formarea unui blastopor în jurul cărui se produce înfășurarea celor două foșe și crearea unei cavități interne numite archenteron.

La amfioxus, invaginarea gastrulară introduce în interiorul germenului, aproape în același timp, elementele hipoblastului, ale coardei și ale mesoblastului. Nu avem deci, așa cum admitea teoria clasică, un endoblast din care s'ar diferenția printr'un proces ulterior coarda, mesoblastul și hipoblastul. Termenul de endoblast nu are deci decât o semnificație topografică care înglobează ansamblul elementelor care la un moment dat se găsesc pe fața internă a germenului și a căror origine este diferită. (Da Costa).

La amfibieni, se invaginează mai întâi o parte a hipoblastului (endoblastul precordial). Coarda dorsală, mesoblastul și restul hipoblastului pătrund în germen în urma endoblastului precordial, prin buza dorsală, ventrală și laterală a blastoporului. Invaginarea odată terminată, toate aceste elemente formează endoblastul, care ca și la amfiox are doar un caracter topografic. Se știe de la cercetările lui Vogt că elementele coardei, mesoblastului și hipoblastului sunt localizate în peretele blastulei încă înainte de invaginare.

La amfiox și amfibieni, blastoporul este orificiul cavității de invaginare, iar cavitatea de invaginare reprezintă archenteronul.

La pești, prezența unei cantități mari de vitelus nutritiv face ca vitelusul formativ să formeze un disc germinativ. Datorită acestor structuri, gastrularea se va face în felul următor: Pe de o parte invaginarea elementelor hipoblastice, cordale și mesoblastice se face la nivelul marginii posterioare a discului germinativ. Această invaginare se face prin înfășurarea în jurul marginii posterioare a discului germinativ, a elementelor care vor da naștere hipoblastului, coardei și mesoblastului, elemente care trec astfel pe fața inferioară a discului. Această înfășurare se face în aparență fără nicio diferențiere a foșelor. De fapt însă diferențierea este reală și foșele sunt deja diferențiate din stadiul de blastulă.

În timpul acestor mișcări celulare se produce și epibolia grație căreia discul embrionar se întinde în jurul oului. Vitelusul va fi complet învăluit, însă câtăva vreme va persista la partea posterioară a blastodiscului un orificiu (porul vitelin sau lectoporul).

Blastoporul este reprezentat la pești prin marginea posterioară a discului germinativ, acolo unde se produce înfășurarea de celule, elemente care vor da naștere hipoblastului, coardei și mesoblastului. Acest blastopor corespunde pe de altă parte porțiunii anterioare a porului vitelin. Cavitatea archenterică este cavitatea situată sub foșta internă a discului germinativ și corespunde cavității subgerminale.

Începând cu reptilele, procesul de gastrulație schimbă de aspect. Ceea ce caracterizează gastrulația vertebratelor superioare este în primul rând faptul că cordo-mesodermul nu mai la naștere la nivelul marginii de înfășurare, ci la direct naștere din ectoderm, prin intermediul unei noi formațiuni.

La reptile, endoblastul se formează prin invaginare la nivelul marginii postero-laterale a blastodiscului (Pasteels), endoblast care se va strecura sub discul germinativ acoperind cavitatea subgerminală. Mai târziu apare pe discul germinativ o fosetă care corespunde unei invaginări de elemente ce se așează între cele două foșe primare, constituind o formațiune numită prelungirea cefalică. Elementele prelungirii cefalice, care la naștere din ectoblast, vor da naștere cordo-mesoblastului. În interiorul prelungirii cefalice se găsește un canal (canalul blastoporal al lui Brachet), a cărui pereți vor da naștere coardei și mesodermului. În tot decursul acestor procese se produce și epibolia grație căreia discul embrionar se așează împrejurul vitelusului nutritiv.

La păsări, gastrularea se petrece ca și la reptile. Patterson și Blount au arătat că endoblastul se formează grație unei înfășurări și invaginări la nivelul marginii posterioare a blastodiscului. Endoblastul se întinde apoi progresiv dinapoi înainte, între el și vitelus luând naștere un archenteron, a cărui orificiu larg blastoporal dispare repede prin sudarea marginii blastodiscului de vitelusul subiacent. Mai târziu apar linia primitivă, nodulul lui Hensen și prelungirea cefalică la nivelul căreia se invaginează cordo-mesoblastul. La rață și la vrăbile apare în prelungirea cefalică un canal blastoporal scurt. În același timp cu aceste procese se produce și epibolia.

La mamifere, endoblastul nu mai la naștere prin invaginare și înfășurare, ci — după cercetările lui Hill și Flynn — prin migrațiunea celulelor de culoare închisă a butonului embrionar, celule care se așează pe fața profundă a celulelor ectoblastice (celule deschise ale butonului embrionar) și pe fața profundă a trofoblastului care va da naștere ectodermului extraembrionar). Mai târziu apar pe ectoderm linia primitivă, nodulul lui Hensen și prelungirea cefalică, la nivelul căreia se invaginează cordo-mesoblastul. În prelungirea cefalică a unora din mamifere apare un canal numit canalul lui Lieberkühn, care este echivalentul canalului blastoporal al lui Brachet. Din pereții acestui canal nu la naștere hipoblastul, ci doar coarda și mesoblastul.

Interpretarea clasică a gastrulării părea foarte clară, dar a fost complet zdruncinată de cercetările moderne. După cercetările clasice, canalul blastoporal nu era decât un archenteron echivalent celui dela amfiox și amfibleni, redus însă la dimensiuni foarte mici, datorită cantității mari de vitelus. Potrivit acestei teorii, rezorbția peretelui ventral al canalului blastoporal da naștere pe lângă coardel dorsale și mesoblastului, și endoblastului embrionar. Ori, după cum am văzut din cele expuse la începutul acestui articol, cercetările moderne ne-au arătat că materialul endoblastic nu ia naștere din peretele canalului blastoporal, ci din endoblastul primar. „Planșeul canalului se alipește endoblastului, apoi cele două straturi reunite se desagregă, planșeul se rupe și partea inferioară a canalului dispăre, acesta deschizându-se direct în cavitatea subgerminală. Acoperișul acestei cavități este în acest moment constituit dintr-o placă cordală a cărei margini sunt intercalate între două lame endoblastice care apoi converg către linia mediană și refac disculul embrionar un planșeu endoblastic. Din acest moment endoblastul poate fi numit hipoblast.” (Da Costa.) (Figura 1).

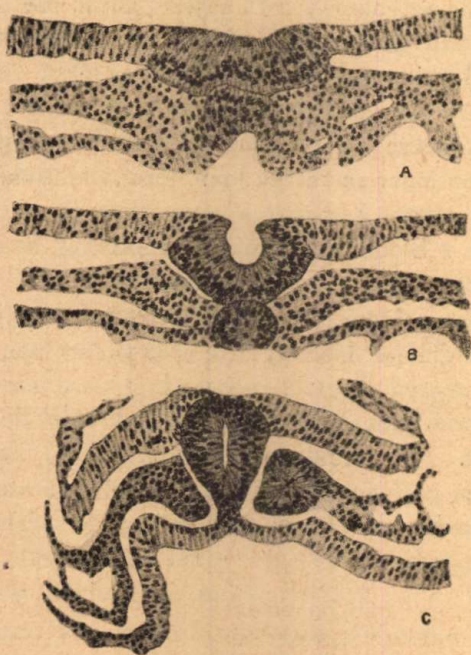


Figura 1
(după Brachet)

Secțiuni transversale într-o gastrulă de chelonian.

- A) Canalul cordal deschis la partea inferioară.
- B) Formarea corzii dorsale.
- C) Refacerea endoblastului.

Față de aceste controverse am căutat să ne formăm o opinie personală asupra semnificației canalului blastoporal, element atât de caracteristic în dezvoltarea vertebratelor superioare. Greutatea interpretării acestei formațiuni este dovedită prin numeroasele ipoteze care fac din această chestiune cea mai controversată problemă

a embriogenezel. Elementele care ne-au condus la această interpretare au fost în primul rând caracterul special al canalului blastoporal, care nu poate fi asemuit, potrivit vechii ipoteze clasice, archenteronului de amfiox și amfibleni, dar nici nu poate fi depozitat de semnificația sa morfologică. Pe temelul acestor considerente critice am căutat să explicăm fenomenele morfologice care se observă în gastrula vertebratelor superioare.

a) *Gastrulația la reptile.* La nivelul marginii posterioare a blastodiscului, acolo unde se produce invaginarea elementelor endoblastice, avem un prim blastopor, căci avem invaginare de celule. Cavitatea subgerminală, odată invaginarea terminată, se transformă în archenteron, dat fiind că este o cavitate de invaginare și se găsește sub cele două folie primare. Datorită masei mari de vitelus, centrul organizator al blastodiscului reptilelor depune un efort prea accentuat pentru a realiza epibolia și în felul acesta el își epulzează potențele organizatoare și nu mai poate realiza și așezarea la locul cuvenit a cordo-mesoblastului. Este nevoie de un proces cu totul nou, de o nouă invaginare, grație căreia cordo-mesoblastul să poată fi introdus în interiorul germenului. Această nouă invaginare se formează la nivelul fosetelor de pe blastodisc și această fosetă va reprezenta un al doilea blastopor, căci și la acest nivel se produc invaginări celulare. Canalul blastoporal al lui Brachet formează la oul de reptile un al doilea archenteron, căci reprezintă o cavitate de invaginare.

Iată deci cum datorită epulzării potențelor organizatoare ale centrului organizator primar, în urma travaliului de epibolizare, gastrularea la reptile se scindează în doi timpi, prezentându-ne două orificii blastoporale și două cavități archenterice. Formarea celui de al doilea blastopor și a celei de a doua cavități archenterice stă sub dependența probabilă a unui centru de organizator secundar. Endoblastul primordial al reptilelor ar fi echivalentul hipoblastului dela vertebratele inferioare. Această folie ne apare ca esențială în dezvoltarea embrionului, căci ea este aceea care se invaginează în primul rând. Cordo-mesoblastul nu se invaginează decât printr'un proces de gastrulație secundar supra-adăugat.

b) *Gastrulația la paseri.* Aici, ca și la reptile, marginea posterioară a blastodiscului poate fi considerată ca un prim blastopor, iar cavitatea subgerminală ca transformându-se într'un prim archenteron. (Figura 2). Endoblastul primordial este echivalentul hipoblastului vertebratelor inferioare. Și aici, datorită epulzării potențelor organizatoare ale centrului organizator primar, prin epibolie, cordo-mesoblastul nu se mai poate invagina odată cu endoblastul și e nevoie de un proces gastrular supra-adăugat care să introducă cordo-mesoblastul în interiorul

germenului. Această nouă invaginare se face la nivelul liniei primitive, nodulului lui Hensen și prelungirilor cefalice, care dau astfel semnificația unui blastopor foarte alungit, iar canalul blastoporal dela rață și dela vrăbile are semnificația unui al doilea archenteron. La celelalte păsări cel de al doilea archenteron este virtual.

c) *Gastrulația la mamifere* se poate interpreta în același fel ca gastrulația dela reptile și dela păsări, cu anumite deosebiri. În primul rând epulzarea centrului

în felul acesta trebuie să se nască un al doilea centru organizator, care să producă o nouă invaginare, grație căreia cordo-mesoblastul să fie introdus în interiorul germenului. Acest de al doilea proces gastrular pare să fie o mutație cromosomală care are rolul să suplimenteze funcțiunea din ce în ce mai defectuoasă pe măsură ce ne ridicăm în scara animală, a centrului organizator primar.

INSTITUTUL DE ANATOMIE UMANĂ DIN S.B.I.U.

Director: Profesor Dr. Victor Papilian

RESUMÉ

Une nouvelle conception sur le mécanisme de la gastrulation

Les auteurs en étudiant le processus de la gastrulation chez les vertébrés arrivent à la conclusion que chez les oiseaux et chez les mammifères, à cause de l'épuisement des potences organisatrices du centre organisateur primaire, le mécanisme de la gastrulation est scindé en deux temps. Cet épuisement du centre organisateur primaire est dû au processus d'épibolie. Le premier temps de la gastrulation consiste dans la formation d'un premier blastopore et d'un premier archentéron au niveau duquel se forme l'endoblaste. Le deuxième temps consiste dans la formation d'un deuxième blastopore et d'un deuxième archentéron au niveau duquel s'invagine le cordo-mésoblaste. Ce deuxième blastopore et archentéron sont l'expression physiologique de la ligne primitive, du nodule de Hensen et du prolongement céphalique chez les oiseaux et chez les mammifères.

ZUSAMMENFASSUNG

Eine neue Auffassung über den Mechanismus der Gastrulation

Die Autoren kommen beim Studium des Gastrulationsprozesses der Wirbeltiere zu der Ansicht, dass bei Vögeln und Säugetieren infolge der Erschöpfung der organisatorischen Potenz des primären Organisationszentrums sich der Mechanismus der Gastrulation in zwei Zeiten abspielt. Diese Erschöpfung des primären Organisationszentrums ist die Folge der Epibolie. Die erste Zeit der Gastrulation besteht in der Bildung eines Urblastopors und eines Urarchenterons, an deren Stelle sich dann das Endoblast bildet. Die zweite Zeit besteht in der Bildung eines zweiten Blastopors und eines zweiten Archenterons, an deren Stelle sich dann das Cordo-Mesoblast invaginiert. Dieser zweite Blastopore und Archenteron sind der physiologische Ausdruck der Primitiveleiste, der Hensen'schen Knotens und der Kopfverlängerung bei Vögeln und Säugetieren.

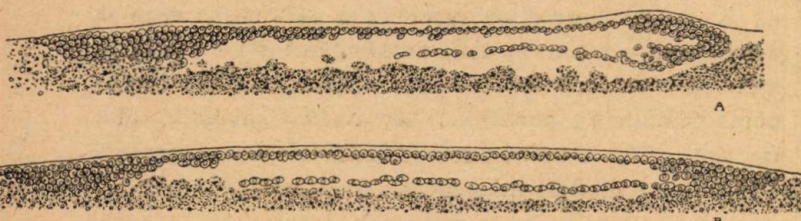


Figura 2
(după Patterson)

Secțiuni longitudinale a ariei embrionare la porumbel. În A se vede invaginarea endoblastului la nivelul marginii posterioare.

organizator primar este atât de mare încât nu mai permite nici chiar invaginarea endoblastului și acesta este nevoit să ia naștere doar prin migrarea celulelor din butonul embrionar. Și aici este nevoie de un proces gastrular supra-adăugat, prin care cordo-mesoblastul să poată fi introdus în interiorul germenului. Acest proces supra-adăugat se face la nivelul liniei primitive, nodulului lui Hensen și prelungirilor cefalice, care dau valoarea unui blastopor foarte alungit. Canalul lui Lieberkühn la valoarea unui archenteron secundar, dat fiind că archenteronul primar este produs prin învălulirea lectocelului de către cele două folie primare.

În rezumat, gastrularea la vertebratele superioare se prezintă ca scindată în două procese, datorită efortului pe care l face centrul organizator primar de-a îmbrăca oul prin fenomenul de epibolie. În primul proces gastrular avem un prim blastopor, un prim archenteron și formarea endoblastului. În al doilea proces se produce un al doilea blastopor, un al doilea archenteron și cordo-mesoblastul. Pe când primul proces pare să fie sub dependența unui prim centru organizator situat în marginea dorsală a blastodiscului, cel de al doilea proces pare să fie sub dependența unui al doilea centru organizator situat dealungul liniei primitive, nodulului lui Hensen și prelungirilor cefalice. Primul centru organizator își epulzează potențele organizatoare datorită epiboliei și

Glioza prepapilară

de

Profesor **Dr. D. Michail**

și

Dr. Lavinia Păcurariu, asistent

(Continuare din Nr. 1 și 3/1942)

III

Aspectul anatomo-patologic al gliozei prepapilare este acela care a reținut în deosebi atenția cercetătorilor, dar el este atât de variat descris, încât o sistematizare a materialului cules din literatură se impune pentru schițarea tabloului său.

Cel mai însemnat fapt care rezultă din analiza descripțiilor histologice făcute asupra gliozei prepapilare este că, această leziune apare totdeauna însoțită de importante alterații ale papilei, nervului optic și ale retinei, că se prezintă astfel constant într'un complex histologic special, care interesează întreg elementul nervos sensorial al ochiului, că acest complex histologic apare totdeauna secundar sindromului glaucomatos și numai în anumite aspecte histologice ale acestui sindrom, care până astăzi nu au fost încă determinate și pe care urmează să le precizăm datorită studiului cazurilor noastre personale.

Alterările papilare care însoțesc glioza prepapilară interesează lama cluruită și papila însăși.

Intru ce privește lama cluruită, toate descripțiile sunt de acord că ea se prezintă totdeauna infundată spre nervul optic și având aspectul clasic al escavației glaucomatoase. Aceste descripții sunt însă cu totul lacunare în ceea ce privește indicarea detaliilor alterațiilor histologice lamelare. Lipsesc astfel complet indicațiuni asupra profunzimii și formei escavației, cât și asupra grosimii și structurii lamei cluruite. Se citează numai de către *Axenfeld* și *Salus* posibilitatea ca glioza prepapilară să coincidă cu proiectarea lamei cluruite spre vitros după operațiile ipotenzante ale globului, grație decompresiei și edemului retrobulbar al nervului optic, dar aceste presupuneri nu le-au verificat histologic. *Hippel* (cazul 12) și *Kampferstein* vorbesc despre emoragiile prelaminare care pot fi uneori atât de abundente, în cât să poată fi luate în considerare ca moment patogenetic al gliozei prepapilare, dar se discută dacă aceste emoragii sunt primitive și provin din vasele centrale ale retinei, sau sunt numai secundare și provin din însăși vasele neoformate ale gliozei prepapilare. *Schnabel* a insistat în special asupra relațiilor patogenice ce ar exista între scufundarea lamei cluruite și cavernele retrolaminare ale nervului optic, pe care el le-a descris cel dintâi ca leziuni degenerative care ar favoriza prăbușirea lamei cluruite, dar caverne similare au fost descrise de *Behr* (cazul 1), *Gilbert* și *Krukenberg* și la nivelul regiunii prelaminare a papilei, iar *Behr* vorbește chiar de glioza chistică prelaminară.

Indicațiuni cu totul sumare și pline de neprecizie se găsesc relativ la alterările histologice ale lamei cluruite. *Kampferstein* analizând astfel cazul său, spune că la nivelul lamei escavate nu a găsit nimic care să amintească o infiltrație inflamatorie, în timp ce *Rocher* amintește vag, că în cazul său papila prezenta în general o infiltrație purulentă, iar *Sattler* spune tot atât de vag, că în cazul său escavația lamelară era umplută cu un țesut infiltrat inflamator.

Asupra extinderii pe care a luat-o dezvoltarea procesului glial în interiorul escavației lamelare se găsesc date mai precise. Se constată astfel că din cele 40 cazuri descrise până acum, în 23 escavația era umplută total de țesutul glial neoformat, în timp ce în 17 cazuri glioza umplea escavația numai parțial, sau era abia schițată, fie sub formă de plințen sau săgeată (cazurile 3 și 5 ale lui *Hippel*, cazul 1 al lui *Salzmann*), fie sub formă de frâuri (cazurile 6 și 18 ale lui *Hippel* și cazul 7 al lui *Salzmann*), fie sub formă nodulară (cazurile 11, 15 și 16 ale lui *Salzmann*), fie sub formă inelară (cazurile 9 și 10 ale lui *Salzmann*), fie sub aspectul combinat nodulo-inelar (cazurile 12, 13 și 14 ale lui *Salzmann*), fie sub formă de membrană care ocupa parțial escavația lamelară (cazul 19 al lui *Hippel*, cazul lui *Banholzer* și acela al lui *Wehrli*), iar *Salzmann* declară că a văzut, fără să le descrie în detaliu și alte cazuri, abia schițate, oprite în dezvoltare, alcătuite din neoformații discrete, fără vase. În cele două cazuri personale am notat și noi, că escavația lamei cluruite era de o mare intensitate, prezentându-se în formă de căldare, că fundul escavației era neregulat boțit spre nervul optic, că fasciculele atrofici ale nervului optic erau reduse la un strat foarte subțire, cuprinzând ramificațiile vaselor centrale ale retinei care căpățeau escavația lamei cluruite, că escavația era umplută total de un țesut neoformat, cu aspect de dop în cazul I și cu aspect pseudo-tumoral, proeminent spre vitros, în cazul II, că lama cluruită era alcătuită dintr'un număr redus de straturi, foarte comprimate, care erau străbătute de o discretă infiltrație inflamatorie limfocitară difuză, în strânsă legătură cu infiltrația periflebolică a regiunii de bifurcație a venei centrale a retinei.

Alterările papilare propriu zise din cursul gliozei prepapilare au făcut obiectul unor cercetări cu totul insuficiente. În adevăr, 12 dintre autorii care au studiat incidental această leziune, nu dau absolut nicio indicație asupra structurii papilei cazurilor lor (*Banholzer*, *Cords*, *Behr*, *Holtz*, *Gilbert*, *Wehrli*, *Salzmann*, *Web-*

Anemoton

GAMMA

TONIC ȘI
RECONSTITUANT

ANEMIE
SURMENAJ
LIMFATISM

The illustration shows a young girl with blonde hair tied in pigtails, wearing a dark dress over a white shirt. She is holding a large glass bottle of Anemoton Gamma tonic to her mouth and drinking. The bottle has a label with the product name and various indications. In the foreground, there are some small flowers and a plate with food.

Tonic și
Reconstituant
(Alimentar)

Anemoton
GAMMA

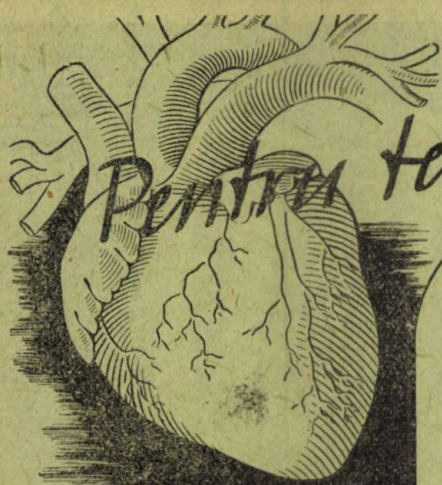
INDICAȚIUNI:

- Anemie -
- Bătănie -
- Îngheț înle-
- în vârstă mai
- Neurgastrie
- Epilepsia mal-
- Sidericului
- Eozinofilie acută
- și muscular

Mutul de întrebare
ADULTI COPIL
S e ingerate 1/2 lingurițe
pe zi

LABORATOARE „GAMMA”

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32



terapia Digitală

și pentru tratamentul economic de lungă durată, cardiacul consacrat, cu început de acțiune rapidă și cu efect îndelungat

DIGITALIS-DISPERT

Procedeul de fabricațiune „Dispert” asigură, prin gradul înalt de dispersiune — în mărimea eritrocitelor umane — o rezorbție optimală și o toleranță perfectă.



„Rhenania” Secția Farmaceutică a S. A. KALI-CHEMIE, Berlin
Dep.: Pharmag S. A., Brașov

Digitalis-Dispert

Tablete • Supozitoare • Soluție

LA GRIPĂ ȘI
TOATE CELELALTE
MALADII FEBRILE
DIN CAUZA RĂCELII

QUADRONAL

ANALGEZIC
ȘI
ANTIPIRETIC
verificat



TUB ă 10 TABLETE
TUB ă 20 TABLETE
ETUIS ă 6 TABLETE



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

ster Fox-Brailey, Moauro, Gama Pinto, Sattler, Brown-Posey), iar pentru 6 dintre acești autori (ultimii 6 din indicația de mai sus) au dat indicațiunile interpretative ale studiilor lor alți autori (Bietti, Behr, Kampferstein, Krukenberg). Alți 12 autori nu dau asupra papilei din cursul gliozei prepapilare decât indicațiunile histologice cu totul vagi, confuze și contradictorii (Bietti, Krukenberg, Kampferstein, Schnabel, Salus, Axenfeld, Rocher, Hippel, Römer, Purtscher). Astfel, unii dintre acești autori găsesc că țesutul papilar a dispărut fără urme (cazurile 3, 5 și 6 ale lui Hippel), alții găsesc că țesutul papilar este ciuruit de vacuole (Krukenberg, Schnabel, Behr), alții au constatat că papila este sediul unui edem (Krukenberg, Salus, Axenfeld, Cords), iar alții în fine, au găsit că papila prezintă alterații inflamatorii (Bietti, Schnabel, Kampferstein, Rocher, Behr, Purtscher). Dacă la aceste constatări disparate, mai adăugăm și faptul că, Brailey și Edmunds (1881) semnalează ivirea proceselor nevrîtice ale nervului optic în glaucom, că Bitzos (1897) vorbește pentru prima oară de „papilita glaucomatoasă”, că mai apoi autori ca Wehrli (1898: glaucomul după neuro-retinita albuminurică), Krukenberg (1900: escavația glaucomatoasă a lamel cluruite fără escavația papilei într-un glaucom inflamator acut), Rocher (1901: escavația glaucomatoasă fără escavația papilei), Kampferstein (1903: escavația glaucomatoasă a papilei cu umplere retinală), Bietti (1912: escavație glaucomatoasă cu nevrîtă optică) și Cords (1921: papilita cu glaucomul), caută să aprofundeze într-o serie de lucrări cu titlaturi semnificative, problema patogenică a coincidenței nevritel optice cu glaucomul și escavația glaucomatoasă, care li se pare destul de curioasă, înțelegem că o mare parte dintre autori au confundat țesutul papilar alterat cu însăși proliferarea gllală care umple escavația lamel cluruite și că pentru marea majoritate a autorilor problema continuă să rămână încă cu totul neclarificată. Întru ce privește cazurile noastre personale, în care glioza prepapilară a luat o extensivă importantă, diferențindu-se precis de țesutul papilar propriu zis, putem afirma că acest ultim țesut, puternic atrofiat, a fost redus la câte un strat subțire fibroid, conținând ramificațiile vaselor centrale, care căptușea în toată întinderea lor escavațiile lamel cluruite, pentru a se continua apoi cu retinele atrofice corespunzătoare.

Alterările retinene care însoțesc glioza prepapilară nu au fost studiate decât de un număr foarte restrâns de autori (Bietti, Behr, Banholzer, Kampferstein, Gilbert, Hippel, Purtscher, Römer, Wehrli) și în majoritatea cazurilor incomplet. Din analizarea acestor leziuni reiese că, o parte dintre ele au avut caracter degenerativ, iar altele proliferativ. De sigur că o mare parte dintre leziunile retinene degenerative au apărut în strânsă legătură cu evoluția stărilor glaucomatoase în cursul cărora s'a dezvoltat glioza prepapilară.

Printre aceste leziuni reținem: atrofia retinei și în special a straturilor fibrelor nervoase și a celulelor ganglionare, însoțită de emoragii, de zone edematoase, de formațiuni chistice, de depozite calcare, de zone de dispartiție lacunară a limitantelor interne și de alterațiuni importante de endarterită cronică deformantă, cu degenerarea hialină a pereților vasculari. Leziunile proliferative s'au ivit însă, cu foarte multă probabilitate în legătură cu procesul proliferativ gllal prepapilar. Aceste alterațiuni au constatat în ivirea unor straturi celulare neoformate între limitanta internă a retinei și statul fibrelor nervoase, acel al celulelor ganglionare, sau chiar a stratului granular intern, în dehiscența limitantelor interne cu strecurarea unui strat celular neoformat între lamelele limitantelor, într-o proliferare adventicială foarte accentuată în jurul vaselor retinene, în proliferarea, alungirea și îngroșarea fibrelor de susținere ale lui Müller, în îngroșarea și cutarea limitantelor interne. Din analizarea cazurilor noastre rezultă că am avut de a face de asemenea cu alterațiuni retinene degenerative și proliferative. Leziunile degenerative erau caracterizate prin atrofia accentuată în special a straturilor interne ale retinei, prin ivirea formațiunilor chistice, prin discrete emoragii intrastromale și prin deslipire de retină, parțială în primul caz, totală în cazul al doilea, iar leziunile proliferative erau caracterizate printr-o neoformație gllală retiniană difuză, care era însoțită de o puternică proliferare celulară perivasculară, de fenomene de endarterită obliterantă, cu îngroșarea și hialinizarea în special a arterelor retinene.

Alterările nervului optic în cursul gliozei prepapilare au fost și mai puțin studiate. Unii dintre autori se mulțumesc să afirme că nervul optic prezintă un caracter atrofic (Kampferstein), alții declară că nu au constatat cavernele lui Schnabel înapola lamel cluruite (Behr), alții sunt de părere că edemul retrobulbar al nervului optic ar putea să împingă înainte lama cluruită, contribuind astfel la dispartiția escavației papilare alături de glioza prepapilară (Salus), iar cel mai mulți dintre autori insistă asupra modificărilor vasculare ale nervului optic, conștând într-o stază vasculară (Krukenberg, Gilbert), într-o îngroșare a pereților vaselor centrale ale retinei prin proliferare adventicială (Banholzer), în leziuni inflamatorii din jurul aceluiași vase, apărând fie sub formă de noduli limfolizi proeminenți în lumenul vascular (Cords), fie sub aspectul unei infiltrații puternice în jurul acestor vase, imediat înapola lamel cluruite (Behr, Purtscher). Cercetările asupra cazurilor noastre personale ne-au arătat din acest punct de vedere prezența constantă a două categorii de leziuni. Unele dintre aceste leziuni au interesat nervul optic însăși și au constatat în fenomene de atrofie, cu proliferarea țesutului gllal interstițial, alături de o infiltrație limfocitară difuză a zonei retrolamelare a nervului

optic. A doua categorie de leziuni au interesat vasele centrale și s-au prezentat în ambele cazuri sub aspectul unei periflebite, afectând exclusiv zona retrolamelară de bifurcație, a vînelor centrale ale retinei, cât și ramificațiile lor imediat retrolamelare, infiltrațiile periflebitice limfocitare pătrunzând discret și între straturile lamelor cluruite excavate. Proliferarea glială prepapilară sau, cum o numim în titlul acestui articol, glioza prepapilară, constituie elementul important al complexului de leziuni istologice descrise mai sus și acel care a dat loc la cele mai variate interpretări istogenetice. După cum am văzut deja din rezumatul lucrărilor anterioare, cât și din pasajul nostru referitor la aspectul clinic al leziunii, întînderea acestui proces poate să apară foarte diferită. În adevăr, glioza prepapilară poate să apară uneori abia schițată pe fundul sau pe marginea escavației papilare, alteori umplînd parțial escavația, fie căptușindu-l fundul, fie nivelînd-o parțial într'un segment al ei, alteori umplînd în întregime escavația, sub forma unui dop, care o nivelează complet, dîndu-l chiar un fals relief de stază papilară sau de papilită. Alteori glioza poate să umple complet escavația papilei pentru a se estinde concentric ei, pe o distanță de 2—4 diametri papilari înaltea retinei, cu care prinde conexiuni anatomice cu atât mai întinse cu cât procesul este mai vechi, pentru ca în fine alteori să ia o extensune care depășește limitele papilo-retinene și să proemine sub formă tumorală și spre vitros. Putem deci să descriem mai multe aspecte istologice ale procesului proliferativ glial prepapilar și anume, formele: incipientă, parțială, totală, papilo-retiniană și pseudotumorală.

O mare variațiune de descrieri găsim în ceea ce privește structura neoformației gliale prepapilare. Din acest punct de vedere putem împărți părerile expuse în două grupe.

O grupă de autori, ignorînd existența acestui proces proliferativ glial prepapilar de sine stătător, admit că ceea ce umple, sub un aspect sau altul, escavația lamel cluruite este însăși țesutul papilar profund alterat, fie printr'un proces degenerativ (*Axenfeld, Kruckenberg, Schnabel, Webster Fox-Brailey, Moauro, Salus*, fie printr'un proces inflamator (*Rocher, Sattler, Brown-Posey*). Unii dintre ei admit chiar, că escavația este uneori umplută exclusiv de țesutul retinian (*Kampferstein*) care este atras în escavație prin procesul retractil rezultînd din atrofia țesutului papilar, pentru ca alții să admită în fine, că la umplerea escavației lamelare contribuie simultan ambele procese descrise (*Bietti*). O a doua grupă de autori sunt însă de părere că ceea ce umple escavația lamel cluruite nu este țesutul papilar alterat, ci un țesut neoformat, rezultat al unei proliferări celulare.

Din această grupă, cei mai mulți dintre autori

admit că țesutul neoformat este de origine conjunctivă (*Banholzer, Hippel, Purtscher, Wehrli, Römer, Cords, Salzmann*), că provine dintr'o activă proliferare a peretelui adventicial al vaselor papilare, căreia uneori i se adaugă și proliferarea țesutului conjunctiv interstțial al nervului optic.

Această neoformație ar avea uneori aspectul unui țesut granulos tânăr, cu capilare neoformate provenind din vasele papilare mai mici situate pe laturile escavației, cât și din vasele retinene, când neoformația ia o dezvoltare preretiniană, iar alteori neoformația prezintă caracterul unui țesut alcătuit din celule fusiforme, pentru ca și într'un caz și în celalalt proliferarea conjunctivă să pătrundă pe de o parte în retină, iar pe de altă parte sub formă de pînți sau cordoane în vitros.

Un număr cu totul restrîns de autori (*Behr, Gilbert, Gama Pinto*) admit însă că țesutul neoformat care umple escavația lamel cluruite a cazurilor lor este de origine glială și analizînd cazurile similare publicate înaintea lor arată că, atât cazurile cari au fost considerate ca provenind din alterații ale însăși țesutului papilar, cât și acelea ale căror leziuni au fost interpretate ca fiind de origine conjunctivă, trebuiesc să fie considerate totuși ca fiind în realitate tot proliferări de origine glială. Studiul istologic al celor două cazuri personale ne face să ne alăturăm interpretărilor acestei ultime categorii de autori. Găsim în adevăr, în ambele noastre cazuri, ca și în cazurile acestor autori, același masă de țesut proliferat celulo-fibrilar, cu aspect mixomatous în cea mai mare parte a sa, cu aspect de strat celular granulos tânăr către suprafața de contact cu vitrosul și cu un strat subțire de celule fusiforme care delimitează cu adevărat neoformația de vitros, după cum în toate aceste cazuri constatăm aceleași conexiuni fibrilare ale celulelor constitutive cu limitanta internă a retinei, pe care o atrag, o retractă și o cutează și aceleași cordoane de celule fusiforme care pornesc din stratul periferic al neoformațiilor și înaltea ca adevărate rădăcini în vitros, provocînd prin retracția lor puternică deslipirile de retină. Constatăm în fine, în toate aceste cazuri, aceeași vascularizație capilară a neoformației, care își ia originea în cea mai mare parte din apropierea emergenței vaselor papilare, pentru a iradia apoi către suprafața neoformației, unde formează un plex vascular foarte bogat și numai în foarte redusă măsură din însăși vasele retinene, la punctele unde țesutul neoformației intră în conexiune cu acel al retinei prin perforațiuni ale limitantei interne.

De reținut este încă faptul că această glioză a apărut în toate cazurile cu un caracter dominant prelaminar și că uneori a luat aspectul unei glioze chistice și tot atât de interesant de reținut este și faptul notat de *Behr* și consemnat și în cele două observațiuni ale

noastre, că proliferarea glială se poate însoți cu alterațiuni inflamatorii localizate în jurul vaselor centrale ale nervului optic, în segmentul lor retrolamelar, fenomene inflamatorii care după *Behr* ar avea aceeași cauză necunoscută ca și glaucomul pe care îl însoțesc și care după concepția noastră personală ar contribui atât la ivirea accidentelor glaucomatoase, cât și a gliozel preapilare.

Punctul de plecare al acestor proliferări gliale preapilare, după propriile noastre cercetări, trebuie să fie teaca glială a vaselor centrale ale retinei. Faptul ne este confirmat atât de formele incipiente, care în majoritatea lor au fost descrise ca pornind dela fundul escavației lamel cluruite, din dreptul emergenței vaselor centrale, cât și de strânsele legături vasculare pe care neoformația le are cu aceleași trunchiuri vasculare. La alcătuirea acestor neoformații este foarte probabil să contribuie într-o oarecare măsură atât țesutul glial papilar, meniscul glial preapilar și țesutul glial intermediar al lui Kuhnt, care contribuie uneori la apariția formelor incipiente înelare ale neoformației, cât și țesutul glial retinian în formele cu extensivitate prerenală.

Mecanismul patogenetic al gliozei preapilare a dat loc la discuțiuni extrem de variate și de contradictorii.

Unii autori au crezut astfel, că un factor general, constituțional, ar contribui la ivirea gliozel preapilare și au invocat în sprijinul acestor păreri constatarea lui *Mackenzie* și *Leber*, care au notat prezența concomitentă a oxaluriei, aceea a lui *Loan* care a găsit sifilisul în două din cele cinci cazuri ale sale, aceea a lui *Pröbsting* care a evidențiat existența nefritel cronice cu albuminurie și hipertrofia inimii, aceea a lui *Martinet* care a notat diabetul și pe aceea a lui *Manz* care a notat prezența boalelor inimii, însoțite de tulburări circulatorii, în parte organice în parte nervoase. Este însă foarte probabil că factorul general joacă în această împrejurare clinică numai un rol adjuvant și că factorul principal rămâne unul de ordin pur local.

O mare discuțiune s'a lăsat în jurul acestui factor local, care contribuie la apariția gliozel preapilare.

Unii autori ca *Purtscher*, au emis ipoteza că această leziune ar putea să fie rezultatul unei neoformațiuni tumorale. Această ipoteză nu a rălat însă mulți aderenți și însăși autorul ei o exclude din cauza ipotezei oculare care a însoțit trei astfel de cazuri.

Alți autori, ca *Manz*, *Perinoff*, *Alexander*, *Hippel* au fost de părere că glioză preapilară are o origină retiniană, că ar fi rezultatul unei retinite cronice plastice, pentru ca *Salzmann* să admită legătura directă a gliozel preapilare cu retinita proliferantă și să o considere ca o simplă formă anatomo-clinică a acestora, având totuși particularitatea de a evolua de predilecție

în complexul clinic al glaucomului și în special al formelor sale vechi.

O altă grupă de autori consideră glioză preapilară ca rezultat al unei afecțiuni a nervului optic. *Römer* și *Wehrli* o pun astfel în legătură cu nevrita optică albuminurică și o consideră ca rezultat al proliferării conjunctive interstițiale a nervului optic și a tecei adventiciiale a vaselor sale centrale. Constatându-se frecvența asociației gliozel preapilare cu glaucomul și în special cu escavația glaucomatoasă a lamel cluruite, o parte dintre autori ca *Behr*, *Römer*, *Gama Pinto*, *Kampferstein* au admis că glaucomul provoacă distrugerea fibrelor nervului optic, contribuind la înlocuirea lor cu o proliferare glială provenită din meniscul glial al papilei, în timp ce *Axenfeld*, *Krukenberg*, *Bietti* admit că într-o escavație glaucomatoasă deja instalată poate să proemine papila însăși, inflamată ulterior, pentru ca *Rocher* să admită posibilitatea proeminării în escavație a țesutului papilar atrofic, disociat printr-o nouă inflamație, iar *Axenfeld* și *Holt* să admită că proeminarea în escavație s'ar putea datori disocierii pasive a țesutului glial prelaminar printr-o operațiune decompresivă, iar *Kampferstein* să emită ipoteza că grație retractorului sale, țesutul papilar atrofic ar reuși să atragă în escavație însăși retina degenerată. Aproape totalitatea acestor autori nu precizează însă cauza leziunilor nervoase optice care contribuie, prin mecanismele enunțate, la ivirea gliozel preapilare.

Imensa majoritate a autorilor, ca *Leber*, *Manz*, *Michel*, *Pröbsting*, *Deutschmann*, *Kampferstein*, *Banholzer*, *Waldeyer*, *Cohn*, *Pflüger*, *Goldzieher*, *Schleich*, *Scheidemann*, *Martinet*, *Axenfeld*, *Blessig*, *Straubridge*, *Speiser*, *Redslob*, constatând frecvența emoragiilor intraoculare în cursul gliozel preapilare, înclină să pună ivirea sa pe seama organizării unor exudate fibrinoase și mai ales pe aceea a organizării chiazurilor sanguine preapilare, care ar provoca în mod secundar și o reacțiune hiperplastică toxică a țesuturilor papilare vecinate. Elementele etiologice ale acestor emoragii ar putea să fie dintre cele mai variate (traumatice, infecțioase, toxice), iar calitatea sângelui revărsat ar juca și ea, după *Würdemann*, un rol în organizarea revărsatului sanguin, care prin rapiditatea coagulabilității sale ar întârzia rezorbția. Pentru a da o bază mai sigură acestei interpretări patogenice, o parte dintre autori au recurs la metoda experimentală. *Pröbsting* a injectat astfel sânge în vitrosul ochiului normal de țepure și a constatat că se transformă într-o masă albă de țesut collagen, fără a fi putut să precizeze dacă acest țesut este rezultatul organizării chiazului sanguin, sau a unei reacțiuni de vecinătate pe care el l-a provocat-o. *Koyanagi* injectând sânge în vitrosul țepurei a constatat ivirea unui țesut neoformat, pe care îl consideră ca provenind din nevrogia retinei, dar în parte și din țes-

sutul conjunctiv al pereților vasculari. *Oguchi* în urma unor experimentări similare a constatat proliferarea la nivelul suprafeței interne a retinei a fibrelor lui Müller, care provocau retracția, cutarea și deslipirea retinei și afirmă că la acest proces proliferativ contribuie și papila prin țesutul conjunctiv al vaselor sale, cu condiția ca revărsatul sângelui să vină în contact direct cu ea.

Acestel concepții patogenice i s'au adus însă mai multe obiecțiuni serioase. Se știe astfel că emoragiile papilo-retiniene sunt cu mult mai frecvente decât retinita proliferantă și glioza prepapilară, încât cu greu s'ar putea admite ca ele singure să provoace aceste leziuni. În aceste împrejurări ele nu ar putea juca decât un rol etiologic secundar și numai dacă rezorbția lor ar fi întârziată printr'un alt factor etiologic principal, cum ar fi de exemplu existența unor leziuni vasculare. Extravazatele sanguine au fost găsite apoi totdeauna alături de glioza prepapilară și nu înaintea ei, în dreptul stratului său germinativ, în direcția cărui se face progresiunea sa spre vitros, încât este foarte probabil ca aceste emoragii să provină din însăși vasele neoformate gliale și să fie astfel efectul și nu cauza ei. Nu s'a descris apoi în niciunul din cazurile de neoformație prepapilară încrustarea țesutului lor neoformat cu pigment hematice sau cristale de colesterolă, care ar arăta originea lor hematice, iar emoragiile constatate au fost totdeauna recente. În fine, chiar studiile experimentale de injectare a sângelui în vitrosul iepurelui au dat rezultate negative în cercetările lui *Hippel* și *Cirincione*.

O ultimă categorie de autori admit că glioza prepapilară este rezultatul unor alterațiuni ale vaselor centrale ale retinei și a modificărilor circulatorii consecutive, cu tulburările locale corespunzătoare ale chimismului și nutriției tisulare. Din acest punct de vedere *Purtscher* susține că alterațiile vasculare necesare ivirii gliozei prepapilare nu prezintă vreun caracter special și nu constituiesc o boală aparte, ci sunt numai un stadiu final al diferitelor procese maladive cu etiologie variată, care au totuși caracterul comun de a evolua cu emoragii, care pot deveni astfel un moment favorizant, dar nu indispensabil pentru ivirea procesului gliozei. Într-aceste priviște etiologia, structura, localizarea și întinderea acestor leziuni ale vaselor centrale ale retinei, părerile autorilor nu sunt perfect concordante. Astfel, în timp ce *Salzmann* notează în toate cazurile sale obliterarea vinei centrale a retinei, *Purtscher* atrage atenția asupra frecvenței trombozei vaselor retiniene, care trece deseori neobservată, *Wehrli* semnalează rolul favorizant al proceselor trombotice în proliferarea adventicială a vaselor retiniene, *Wabnig* citează frecvența trombozei vaselor centrale ale retinei, cât și a vaselor de calibru mijlociu, *Harms* și *Purtscher* notează tromboza vaselor centrale, *Marchesani* citează rolul trombangiectei tuberculoase, alți autori ca *Manz* vorbesc numai de o proliferare a adven-

țitelor vaselor centrale, *Pagenstecher* citează îngroșarea simplă a pereților vasculari din vechitătatea proliferării gliale, *Webster Fox-Brailey* notează o infiltrație în jurul vinei centrale a retinei, *Cords* vorbește de un proces inflamator al peretelui vinei centrale a retinei fără tromboză, dar cu îngustarea lumenului vascular, *Denig*, *Mannhardt* și *Redslob* semnalează prezența unor puternice alterațiuni scleroase ale pereților vaselor centrale, *Lüderitz* arată existența degenerărilor hialine a pereților vasculari retinieni, cu închiderea parțială a lumenului lor, iar *Cords* conchide că trebuie numai cu atenție să atribuim vreo importanță infiltrațiilor din jurul vinei centrale a retinei, deoarece inflamații ale interochiului (endoftalmia septică a lui *Fuchs*) sunt capabile să le provoace (fapt confirmat de *Birnbacher* și *Czermak*), aceste infiltrații luând în acest ultim caz caracterul unor leziuni secundare.

Leziuni vasculare, arteriale și vânoase, de aspecte histologice diferite, mergând de la simple infiltrații inflamatorii, îngroșări adventiciale, scleroze și hialinizări, cu reducerea lumenelor vasculare, până la tromboze și obliterări, cu localizări retiniene, papilare sau optice, cu etiologii dintre cele mai variate, au fost deci considerate capabile să provoace ivirea gliozei prepapilare.

Aceste constatări care notează o atât de mare varietate de leziuni histologice apărute în condițiuni clinice și etiologice tot atât de diferite și convergând totuși către același rezultat final al gliozei prepapilare, ni se par că aduc cu ele o oarecare confuzie, care nu face decât să îngreueze interpretarea problemei. Iată pentru ce, pornind de la studiul celor două cazuri personale, credem că trebuie să reținem și să insistăm asupra faptului că, leziunile lor vasculare, perfect concordante, au interesat pe deoparte vinele centrale ale retinei, exclusiv în segmentul bifurcației lor retrolamare sub aspectul unei periflebite cronice cu proliferarea endovenei și fără tromboză, iar pe de altă parte au interesat arterele retiniene în segmentele lor exclusiv prelamare sub aspectul unei puternice îngroșări cu hialinizarea pereților lor și cu numeroase obstrucții ale ramurilor arteriale mai mici și că toate aceste leziuni vasculare au fost însoțite de o discretă infiltrație inflamatorie cronică a lamelor cluruite, care erau puternic escavate, presate și atrofice. Dacă la aceste constatări personale mai adăugăm faptul că *Behr*, care a studiat mai amănunțit histologic cazurile sale, a constatat că nervul optic prezenta o puternică infiltrație în jurul vaselor centrale înapoi lamelor cluruite și că *Krukenberg* emite ipoteza, că în cazul când ciurul lamelor este mai des, cea mai mică inflamație îl poate astupa, provocând staza vaselor papilare, suntem înclinați să admitem pentru explicarea patogenică a gliozei prepapilare o ipoteză personală, care ni se pare mai conformă realității. În adevăr, toate aceste constatări ne fac să ad-

mltem că în realitate, la origina gilozei prepapilare se găsește un proces de lamelită optică, cu totul asemănător proceselor de sclerită. Dacă în adevăr, în anumite împrejurări clinice procesul inflamator se poate localiza la extremitatea anterioară, la ecuatorul, sau la extremitatea posterioară a sclerotice, provocând la sfârșit stafilomele sclerale anterioare, ecuatoriale și posterioare, putem admite tot așa de bine că procese inflamatorii similare se pot localiza și la nivelul lamel clurute, care din punct de vedere anatomic este un segment scleral, provocând astfel o sclerită lamelară, sau o lamelită optică, al cărei rezultat final să fie stafilomul lamelarian, care este însăși escavația papilei. Această inflamație lamelară ar duce pe deoparte la strangularea vaselor centrale ale retinei la punctul lor de străbateră a clurului scleral și la leziuni perivasculare situate la același nivel.

Accidentele glaucomului secundar prin stază în vâna centrală a retinei s'ar instala astfel și datorită slăbirei rezistenței lamel clurute inflamate s'ar produce scufundarea acestora. Ar apare atunci tabloul clinic rar al papiltei sau stazei papilare evoluând simultan cu o escavație glaucomatoasă a lamel clurute, pentru interpretarea cărui autorii au întâmpinat atâtea dificultăți, iar altele tabloul histologic, tot atât de neînțeles al glaucomului evoluând fără escavație papilară, dar cu înfundarea lamel clurute. Evoluția ulterioară a glaucomului astfel instalat ar duce la atrofia cu dispariția țesutului papilar, iar procesul lamelitic ar intra și el în faza de cicatrizare, lăsând ca urmă a existenței sale o lamelă atrofică, infundată neregulat și încă discret infiltrată, alături de procesul periflebitic strict retrolamelar și de o proliferare secundară a puternicei teci gliale perivasculare și chiar a gilei lamelare și perifasciculare optice, care ar lua extensiunea minime rezistențe spre vitros a neoformației prepapilare ce a umplut escavația papilară în toate cazurile descrise. Alte procese secundare acestora s'ar putea instala ulterior, sub forma îngroșărilor parietale, cu degenerarea hialină a arterelor retinene prelamelare, sub aspectul trombozelor vânelor centrale a retinei, a gilozei și degenerărilor retinene, a emoragiilor intraoculare recidivante, cari toate ar veni să completeze tabloul așa de disparat alcătuit al procesului primitiv de lamelită optică, căreia pentru stimulul ce-l dă proliferării gliale locale i s'ar putea da numele de lamelită optică gilozantă.

De sigur că puncte importante care mai rămân de rezolvat în evoluția acestei afecțiuni atât de aparte ar fi acelea ale etiologiei și porței de penetrare a agentului inflamator la lama cluruită. Este foarte probabil că un factor constituțional trebuie să joace din acest punct de vedere un anumit rol, dar în stadiul actual al cercetărilor nu ne putem încă pronunța asupra lui. Reamintim totuși că s'au citat cazuri în care s'a încri-

minat rolul boalelor generale cu caracter toxic (renale, cardiace), al boalelor de nutriție (diabet, oxalurie) și al infecțiilor (sifilisul, tuberculoza). Cazurile noastre personale nu ne îngăduie însă să afirmăm nimic precis în această direcție, fiindcă cercetările noastre asupra stărilor generale nu s'au extins asupra tuturor amănunțimilor. Nu este totuși exclus, ca factorul infecțios al sifilisului să fi participat la alcătuirea acestui tablou anatomo-clinic particular. Cât privește calea pe care acest agent infecțios probabil, sau un altul care ar rămâne să fie precizat, a acționat asupra lamel clurute, ea ar putea să fie, sau aceea a cercului vascular peripapilar, sau acela a lichidului cefalo-rachidian, care ar acționa asupra fundului de sac scleral al spațiului vaginal optic și prin acesta direct asupra lamel clurute, așa precum *Lhermitte*, *Massary* și *Trelles* au admis că se face infecțiunea și giloza extraplamateriană într-o varietate a sifilisului bulbo-spinal.

Insistând asupra procesului de giloză prepapilară, care face în acest studiu obiectul principalei noastre preocupări, trebuie să constatăm că această apariție anatomo-clinică nu poate să constituie o surpriză. El apare, ca toate procesele de giloză ale întreg sistemului nervos, ca o reacție proliferativă nevroglică, consecutivă unei pierderi de substanță printr'un traumatism, o infecție, sau o tulburare circulatorie. El a apărut în cazul special al lamelitelor optice ca o reacțiune destinată să la locul elementelor nervoase papilare dispărute, iar prin întinderea limitată a leziunilor la papilă, procesul proliferativ a luat un caracter aproape pur glial. Cercetări anatomo-clinice și experimentale mai vechi dovedesc de altfel legătura strânsă ce există între dispariția elementelor nervoase ale nervului optic și apariția procesului de giloză. *Kampferstein* a notat astfel hiperplazia glială cu îngroșarea pereților vasculari după staza papilară cu degenerarea elementelor nervoase. *Iacoby* a semnalat lărgirea inelului glial paracoroidian al lui Kuhnt în urma atrofiei optice prin stază papilară și în miopțiile mari și tot el a arătat că reflexul marginal senil al papilei este în legătură de asemenea cu o proliferare a inelului glial al lui Kuhnt, provocat printr-o atrofie optică periferică, datorită unui proces arterio-sclerotic. *Van Duyse* citează un caz personal și cazurile similare ale lui *Bernheimer*, *Seefelder* și *Hippel*, în care exista o giloză oculară care coincide cu hiperplazia sau aplazia totală a nervului optic din ochi microftalmic. În fine, *Hertel* constată la iepure și *Caluosi* la câine, că secționarea nervilor optici este urmată de o importantă proliferare glială.

Cazurile noastre personale de giloză prepapilară, cât și cele similare descrise anterior în literatură constituiesc astfel o simplă variantă a unui proces nevroglic optic bine precizat.

Privind giloza prepapilară dintr'un punct de vedere mai general, putem spune că ea alcătuiește una

din formele localizate ale gliozele intraoculare, care se pot grupa astfel în: glioze ciliare, retiniene și papilare. Gliozele ciliare au fost descrise de *Dejean*, care a arătat că ele se pot ivi în globii oculari iritați și degenerați din proliferarea epitelului ciliar, care din punct de vedere embrionar provine împreună cu celulele nevroglice din tulpina comună a epitelului neural, care mărginește canalul epindimar primitiv.

Gliozele retiniene au fost studiate de asemenea de *Dejean* într-o lucrare referitoare la glioza intraoculară secundară, de *G. M. van Duyse* într-o lucrare referitoare la glioza retinelor invertite, de *Redslob* în trei lucrări privind studiul patogeniei retinitei proliferante, studiul hiperplaziei neuro-epiteliale în deslipirea retinei și studiul anoftalmiei adevărate și al anoftalmiei aparente la noul născut și de *Krűckmann* în două lucrări foarte aprofundate privitoare la pigmentarea și proliferarea nevroglii retiniene.

Studiul gliozele papilare pe care îl expunem în lucrarea de față vine astfel să completeze cu un ultim capitol tabloul gliozele oculare localizate. El ne-a mai oferit încă ocazia să relueăm în același timp conturul unei noi entități morbide oculare, pentru care am propus denumirea de sclerită lamelară, sau de lamelită optică, cu consecința anatomo-clinică tardivă a stafilmului lamelar. Relevând existența acestei noi entități morbide nu trebuie să uităm, că prin însăși sediul său anatomic, această inflamație sclerală se poate prezenta din punct de vedere clinic sub aspectul proteic al nevritel optice, al stazele papilare, al atrofiei optice, al glaucomului secundar trombotic și al gliozele prepapilare cu înfățișare uneori chiar tumorală. Este neîndoielnic că toate aceste variate aspecte clinice ale acelulașii [proces lamelarian] își găsesc explicația în sediul, extinderea, intensitatea, natura și faza procesului inflamator. Este apoi tot atât de sigur, că trebuie să existe forme ușoare, trecătoare și altele grave, complicate, unele acute, altele cronice ale acelulașii proces și că toate aceste împrejurări clinice și anatomice concură să arate, că studiul desbătut în această lucrare echivalează mai mult cu punerea unei probleme noi și cu fixarea unui plan de cercetări.

Bibliografia

1. *Alexander*: D. M. W. 1885. Nr. 40. Citat de Purtscher, Römer, Wehrli. — 2. *Axenfeld-Krukenberg*: Internat. Opht. Kongr. Utrecht, 1889, ref. Kl. M. f. A. 1900. — 3. *Axenfeld*: „Netzhautruptur bei einem Falle von Bindegewebsneubildung im Glaskörper u. der Retina“. Art. f. A. 1893, XXVI, p. 225. — 4. *Banholzer*: „Zur path. Anat. u. Pathogenese der Ret., proliferans Manz“. Arch. f. A. 1892, XXV, p. 185. — 5. *Behr*: „Über anat. Veränderungen u. Rückbildungen der Papilleneskavation im Verlaufe des Glaukoms“, Kl. M. f. A., 1914, LII, p. 790. — 6. *Bernheimer*: citat de van Duyse. — 7. *Blessig*: „Zur Casuistik u. Aetiologie der präretinalen Bindegewebsbildung“. Kl. M. f. A., 1893. — 8. *Bietti*: „Glaukomatöse Eskavation der Papille u. Neuritis optici“. Kl. M.

- f. A., 1912, II, L, p. 532. — 9. *Bitzos*: „Le glaucome primitif et la papillite glaucomateuse“. Ann. d'oc., 1894, vol. 112, p. 92. — 10. — *Birnbaeh-Czermak*: Arch. f. O., 1886, Bd. 22, p. 1. Citați de Cords. — 11. *Brailey-Edmunds*: „On the condition of the optic nerve, ciliary body and iris in increased tension“. London Opht. Hosp. Rep., 1881, vol. 10, p. 282. — 12. *Brown-Posey*: „Glaucomatosis escavation of the lamina cribrosa without escavation of the papille and with merked papillitis in a case of acute inflammatory glaucoma: Transact. of the Amer. O. S., 1907, vol. 11, p. 309. — 13. *Calusi*: citat de Dejean. — 14. *Cirincione*: „Anatomische Untersuchungen ü. Ret. prolif.“ Beitr. z. A. Festschrift Hirschberg, 1905, p. 289. — 15. *Cohn*: citat de Purtscher. — 16. *Cords*: „Papillitis u. Glaukom. Zugleich ein Beitrag zur juvenilen Phlebitis der Zentralvene“. Arch. f. O., 1921, LV, pag. 916. — 17. *Dejean*: „La glioze intra-oculaire“. Arch. d'opht., 1935, LII, p. 863. — 18. *Denig*: „Anatomischer Befund bei spontan entstandener Bindegewebsneubildung im Glaskörper“. Arch. f. A., XXX, p. 312. — 19. *Deutschmann*: „Zur path. Anat. des hämorrhagischen Glaukoms“. Arch. f. O., XXVI. — 20. *V. Duyse*: „La glioze des retines inverties“. Arch. d'opht., 1920, XXXVIII, p. 718. — 21. *Gama Pinto*: Arch. f. O. XXXVIII, p. 170. Citat de Behr. Bietti, Cords. — 22. *Gilbert*: „Beiträge zur Lehre vom Glaukom. II. Path. Anatomie. Über Vorstufen u. Frühstadien Kavernösen Gewebsschwandes bei Glaukoma hämorrhagicum u. Glaukoma simplex“. Arch. f. O. XC. Festschrift f. Sattler. 1915, p. 76. — 23. *Goldzieher*: „Über Ret. proliferans“. Bericht ü. die Vers. des XXV opht. Congr. Heidelberg. Arch. f. A. XXXIII, p. 444. — 24. *Horms*: „Über retinale Bindegewebsneubildung“. 34 Heidelberg Ber., 1907, p. 182. — 25. *Hertel*: Arch. f. O. LX, 1905, p. 452. Citat de Dejean. — 26. *Hippel*: „Über die Schnabelsehe Lehre von Entstehung der Glaukomatösen Escavation“. Arch. f. O., 1892, LXXIV, p. 101. — 27. *Hippel*: „Ein Fall von Ret. proliferans“. Kl. M. f. A., 1892. — 28. *Holt*: Citat de Behr. — 29. *Holtz*: Congr. Heidelberg, 1913. Citat de Behr. — 30. *Iacoby*: „Über die Neuroglia des Sehnerven“. Kl. M. f. A., 1905, XLIII, p. 129. — 31. *Kampferstein*: „Ein Fall von Glaukomatöser Escavation mit retinaler Ausfüllung“. Kl. M. f. A., 1903, XLI, p. 25. — 32. *Koyanagi*: „Experimentelle Untersuchung ü. die Netzhautveränderung durch Blutinjection in der Glaskörper“. Kl. M. f. A., 1912, p. 722. — 33. *Krukenberg*: „Glaukomatöse Escavation der Lamina cribrosa ohne Escavation der Papille bei einem Glaucoma inflammatorium acutum“. Kl. M. f. A., 1900, XXXVIII, p. 47. Beilageheft. — 34. *Krűckmann*: „Über Pigmentierung u. Wucherung der Netzhautneuroglia“. Arch. f. O., 1905, LX, p. 350 și 452. — 35. *Zeber*: „Spontane Bindegewebsbildung in der Netzhaut u. im Glaskörper“. Graefe-Seamisch, 1877, vol. II, p. 665. — 36. *Lhermitte, Massary, Trelles*: „Gliose extra-pier-mérienne et formations névromateuses dans une variété de Syphilis bulbo-spinale“. Ann. d'anat. path., 1933, X, p. 738. — 37. *v. Loan*: „Cinca casos de retinite proliferante“. Period. de opht. prat. 5 și 6. Citat de Wehrli. — 38. *Lüderitz*: „Glaukom als Komplikation einer abgelaufenen Staungspapille bei einem Falle von Kleinhirntumor“. I. D. Strasbourg, 1893 și Centralbl. f. prakt. A. Bd. XVIII, p. 535. — 39. *Manz*: „Retinitis proliferans“. Arch. f. O., 1876, XXII, p. 229. — 40. *Manz*: „Anatomische Untersuchungen eines mit Ret. prolif. behafteten Auges“. Arch. f. O., XXVII, p. 2. — 41. *Mackenzie*: citat de Purtscher. — 42. *Mannhardt*: citat de Purtscher. — 43. *Marchesani*: citat de Salzman. — 44. *Martinet*: D. M. W., 1891, Nr. 9. Citat de Römer, Wehrli. — 45. *Michel*: citat de Banholzer, Denig, Purtscher. — 46. *Moauero*: „Papillite e glaucoma“. Atti della Ricerche Acc. med. chir. di Napoli, 1892, XLVI, p. 250. — 47. *Oguchi*: „Über die Wirkung von Blutinjectionen in der Glaskörper nebst Bemerkungen ü. die sog. Ret. prolif.“ Arch. f. O., 1913, LXXXIV, p. 446. — 48. *Pagenstecher*: „Beiträge zur path. Anat. des Auges“. Arch. f. O., VII, p. 94. — 49. *Perinoff*: citat de Purtscher, Redslob. —

50. *Pflüger*: „Zwei Fälle von sogen. Ret. prolif. Correspondenzbl. f. Schweiz. Aertzte, 1890 — 51. *Pröbsting*: „Über Blutinjektionen in den Glaskörper". Arch. f. O., 1892, XXXVIII, p. 114. — 52. *Purtscher*: „Beitrag zur Kenntnis der spontanen Bindegewebsbildung in Netzhaut u. Glaskörper, nebst einem Nebenblick auf die Aetiologie des haemorrhagischen Glaukoms". Arch. f. A., 1896, XXXIII, p. 3. Ergänzungsheft — 53. *Redslob*: „Contribution à l'étude de la pathogénie de la retinite prolif". Ann. d'oc., 1932, CLXIX, p. 513. — 54. *Redslob*: „Hyperplasie neuro-épithéliale dans un décollement de la rétine". Ann. d'oc., 1930, p. 1041. — 55. *Redslob*: „Anophtalmie vraie et anophtalmie apparente chez un nouveau-né". Am. d'oc. 1932, p. 433. — 56. *Rocher*: „Ein Fall von glaukomatöser Escavation der Lamina cribrosa ohne Escavation der Sehnerven". Kl. M. f. A., 1901, XXXIX, p. 947. — 57. *Römer*: „Verkalkung der Retina bei chronischer Nephritis zugleich ein Beitrag zur path. Anatomie des Glaukoms u. der Retinitis prolif". Arch. f. O., 1901, LII, p. 514. — 58. *Salus*: „Die Cyclodialyse nebst Bemerkungen über Rückgang der glaukomatösen Escavation". Kl. M. f. A., 1920, LXIV, p. 433. — 59. *Salzmann*: „Die präpapilläre Bindegewebswucherung bei Glaukom und ihr Verhältnis zur Retinitis proliferans". Arch. f. O., 1939, CXL, p. 629. — 60. *Sattler-Becker*: „Atlas der pathol. Topogr". II. Tafel XV. — 61. *Schleich*: „Ein Beitrag zur Entstehung der spontanen Bindegewebsneubildung im Glaskörper". Kl. M. f. A., XXVIII, p. 63. — 62. *Scheidemann*: citat de Purtscher. — 63. *Schnabel*: „Die glaukomatöse Sehnervleiden". Arch. f. A., XXIV. — 65. *Schnabel*: „Die Entwicklungsgeschichte der glaukomatösen Escavation". Z. f. A., 1905, XIV. — 65. *Seefeldt*: citat de v. Duyse. — 66. *Speiser*: citat de Purtscher. — 67. *Straubridge*: citat de Wehrli. — 68. *Wabnig*: citat de Purtscher, Wehrli. — 69. *Waldayer*: citat de Wehrli. 70. *Webster Fox-Brailey*: A case of glaucoma, preceded by optic neuritis". London opht. H. R., 1881. vol. 10, p. 205. — 71. *Wehrli*: „Glaucom nach Neuro-Retinitis albuminurica (u. Neuro-Retinitis proliferans). Arch. f. A., 1898, XXXVII, p. 173. — 72. *Wüldemann*: „Ret. prolif". Amer-journ. of opht., 1922, vol. V. p. 337.

RESUME

La gliose prépapillaire

Les auteurs procédant à l'étude anatomo-clinique de deux cas de glaucome secondaire, d'allure un peu particulière, ont découvert à leur examen histologique l'existence d'une gliose prépapillaire, occupant l'escavation de la lame criblée, sous l'aspect d'un bouchon dans un cas et sous l'aspect pseudo-tumoral dans le second. En rassemblant tous le cas éparpillés dans la littérature, qui leurs ont paru avoir quelque parenté avec leurs cas personnels, ils concluent que cette manifestation histologique représente, à côté des glioses ciliaire et rétinienne, la troisième forme des glioses localisées intra-oculaires. Ils étudient d'une manière approfondie et critique l'aspect clinique, anatomo-pathologique et la pathogénie de la gliose prépapillaire et arrivent à la conclusion, qu'elle est la conséquence d'une nouvelle entité morbide, qu'ils appellent lamellite optique gliosante. L'évolution de la lamellite serait à tous points de vues similaire à celle de la sclérite, dont elle ne diffère que par des symptômes liés à sa localisation anatomique particulière. C'est grâce aux aspects ophtalmoscopiques assez variés qu'elle provoque, que la lamellite optique a prêté à

des grandes confusions et discussions contradictoires. Elle mène d'ailleurs, dans son stade cicatriciel, tout comme beaucoup de sclérites, aux ectasies de la coque oculaire, qui dans ce cas spécial prend l'aspect de l'escavation glaucomateuse et pour laquelle les auteurs proposent l'appellation de staphylome lamellaire. C'est la lamellite qui provoque la périphlébite de la bifurcation des veines centrales de la rétine, notée dans la plupart des cas étudiés, la stase sanguine intra-oculaire, le glaucome secondaire avec l'enfouissement de la lamelle optique ramollie et finalement la gliose prépapillaire, qui prend son origine dans la gaine gliale des vaisseaux centraux de la rétine. Quant à l'étiologie de cette lamellite, ils ne peuvent pas encore la préciser jusqu'à présent. Elle pourrait être traumatique, infectieuse, toxique, on provoquer par un trouble circulatoire local. La syphilis pourrait particulièrement jouer un rôle important à ce point de vue. L'infection pourrait arriver par la voie sanguine du cercle péripapillaire, ou par la voie du liquide céphalo-rachidien de la gaine méningéale optique.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Gliosis präpapillaris

Die Autoren fortgehend zum anatomo-klinischen Studium von zwei sekundären Glaukomen, haben zum ihrer histologischen Untersuchung die Existenz einer Gliosis präpapillaris entdeckt, welche die Eskavation der Lamina cribrosa einnimmt, mit dem Aspect eines Stöpfels im ersten Fall und einer Pseudo-tumor im zweiten Fall. Nach dem Sammeln aller in der Litteratur befindlichen Fälle, welche etwas Ähnlichkeit mit ihre eigene Fällen hatten scheinten, Sie schliessen sie darauf dass diese histologische Aussehung die dritte Form der lokalisierten intraokulären Gliosis vorstellt, neben der ciliären und der retinalen Gliosis. Sie studieren eingehend und kritisch den Klinischer und anatomo-pathologischer Ansicht und die Pathogenese der Gliosis präpapillaris und erklären, dass sie die Folge einer Lamellitis optica gliosans ist. Die Evolution dieser Lamellitis wäre in jeder Hinsichte ähnlich der der Skleritis, von wem sich nicht anders unterscheidet als durch Symptomen die mit seine besondere anatomische Lokalisation verknüpft sind. Durch die verchiedene ophthalmoskopische Ansichten welche sie aufführt, hat die Lamellitis optica grosse Verwirrungen und Kontradiktorische Erörterung gegeben. Sie führt in seinem Vernarbungsstadium zum Skleralstaphylome, wie viele andere Skleritiden und kann man diese Ektasie, welche ähnlich zu den glaukomatösen Eskavation ist, Staphyloma lamellaris nennen. Das ist immer die Lamellitis welche die Periphlebitis des Abzweigung der Zentralvene, die intraokuläre Blutstase, den sekundär Glaukom mit dem Versenkung der erweichene Lamina cribrosa und endlich die Gliosis präpapillaris herausgefordert hat. Die Aetiologie dieser Lamellitis kann bis jetzt nicht genau angegeben sein. Sie könnte doch durch eine traumatische, infektiöse, toxische, oder durch eine lokale Circulationsströrung gegeben sei. Der Syphilis besonders könnte in dieser Hinsicht eine wichtige Rolle spielen. Die Infektion könnte durch den Blutbahn des Circulus peripapillaris oder durch den Liquor cerebro-spinalis der meningeal Scheides des Optikus gemacht sein.

Neuro-labirintita totală bilaterală sifilitică

de

Mihai Iobu

și

Ion Ambrus

Bolnava G. M. în vârstă de 21 ani, domiciliată în Gașpin Jud. Bălți, este trimisă după desrobirea Basarabiei de către preotul satului Clinicii noastre pentru surditate totală.

Antecedentele heredo-colaterale. Părinții trăiesc și sunt sănătoși. Un frate mort în prima copilărie. Încă trei frați trăiesc și sunt sănătoși.

Antecedente personale. La 12 ani a avut pojar. A fost menstruată la 18 ani și menstruațiile se succed la 5—6 săptămâni. Neagă alte boli infecto-contagioase.

Debutul bolii actuale. Boala actuală datează de la vârsta de 14 ani, când a debutat brusc cu amețeli, călduri, dureri de cap și diminuarea auzului.

Fenomenele acestea au durat șase zile, după cari auzul a dispărut complet.

A consultat diferiți medici cari i-au recomandat medicațiuni sub formă de unguente și prafuri.

Procedând la examinarea bolnavei, constatăm:

1. Bucu-faringe: nimic deosebit.
2. Rinoscopie anterioară: nimic deosebit.
3. Rinoscopie posterioară: nimic deosebit.
4. Laringoscopie: nimic deosebit.
5. Examenul auricular:

a) Otoscopie: ambele timpane infundate.

I. Probele acimetrice:

b) distanța auditivă:

urechea dreaptă: negativ } vocea șoptită și
urechea stângă: negativ } ceasul

c) acuitate auditivă:

urechea dreaptă: Schw: 18"

Rinne: negativ;

Weber: indiferent;

urechea stângă: Schw: 22";

Rinne: negativ;

Weber: indiferent.

Diapazon ut2—128 v. d. auzit 90" pe mastoida normală; iar la diapazon ut3—256 v. d. auzit 20" pe mastoida normală;

urechea dreaptă: Schw: 4";

urechea stângă: Schw: 5".

II. Probele vestibulare:

1. Nistagmus spontan nu se constată de nicio parte.
2. Echilibru general: Romberg: Nesiguranță în echilibru fără tendință constantă de cădere într-o anumită direcție.
3. Mișcări reacționale: Semnul indicației: indexul deviază ușor în jos și la stânga.
4. Proba voltaică. **Urechea dreaptă:** Deviație ușoară la stânga la 12 m. A. fără să apară nistagmus cu polul pozitiv la dreapta. **Urechea stângă:** Cu polul pozitiv la stânga, deviație ușoară la dreapta la 15 m. A. fără să se producă nistagm.
5. Proba calorică: **Urechea dreaptă:** irigând 100 cm³ apă la 28°, abia se observă câteva băți nistagmice de partea opusă, cari se multiplică puțin la 200 cm³. **Urechea stângă:** La 200 cm³ apă 28° apar câteva băți nistagmice de partea opusă, cari nu se multiplică nici la 400 cm³.

6. Proba rotatorie: Cu 10 ture în 20" nu se obține nistagm de nicio parte. Nu se constată nici tendința la cădere.

Reacția Bordet-Wasserman este pozitivă în sânge.

I se face puncție sub occipitală și rezultatul examenului serologic al lichidului cefalo-rachidian este următorul:

Reacția Bordet-Wassermann: negativ.

R. Pandy: negativ.

R. Nomme-Appelt: negativ.

Limfocite: 2 mm³.

Din redarea observațiilor noastre clinice, este prin urmare vorba de o leziune gravă a ambelor labirinte auriculare.

În același timp însăși nervul adică perechea 8-a craniană este și ea aproape total distrusă. Cauza acestor distrugerii totale a ambelor labirinte (drept și stâng) anterior sau acustic, posterior sau vestibular de ambele părți este (cercetând această bolnavă) infecția sifilitică.

Dintre toate localizările treponemei sifilitice, aceea care are loc pe sistemul nervos este cea care impresionează cel mai mult, fiind cea mai gravă.

De când Noguchi, Marinescu, Mișne și alții au descoperit spirocheta în sistemul nervos al sifiliticilor, s'a crezut că este vorba de o varietate specială de spirocheți cu o afinitate vădită pentru sistemul nervos.

După o altă concepție (Erllich) spirocheții obișnuiți, sunt luați de torentul capilarelor și răspândiți în organism unde o parte sunt omorâți de reacția humorală a organismului, iar cel scăpați de reacțiunea distrugătoare a anticorpilor; formează originea unei noi varietăți de spirocheți.

Acești produc o nouă recidivă pentru ca la sfârșit să sufere și ei aceeași soartă ca și predecesorii. De aceea Hohe are credința că sifilisul nervos ar fi datorit spirocheților foarte rezistenți cari rezultă din succesiunea mai multor generații.

Sunt apoi în toate tratatele clasice observații cari duc la concluzia destul de veche că sifilisul nervos este datorit unui virus cu proprietăți specifice neurotrope.

Willmans a învinovat terapia modernă a sifilisului ca factor provocator al metastafilisului. El a arătat că în țările unde sifilisul nu a fost tratat și unde 75% din populație prezintă leziuni cutanate și osoase, sifilisul nervos nu există. În țările civilizate însă, odată cu instituirea tratamentului modern, proprietățile biologice ale parazitului s'au schimbat. Se crede chiar că tratamentul energetic al sifilisului are ca rezultat scurtarea perioadelor de incubare a neuro-sifilisului. Dacă tratamentul este insuficient, atunci spirocheții se reanșează în sistemul nervos, câștigând o afinitate pentru acest sistem

Uricedina

în tratamentul bolilor de nutriție cum sunt: Guta,
reumatismul, sciatica, boli de rinichi, afecțiunile
vezicii urinare, boli ale ficatului și ale căilor biliare,
atonie intestinală, obezitate.

Reprezentanță:
Loew & Co. S. A.
Sibiu

J. E. Stroschein, Chemische Fabrik K. G.
Berlin SO 36

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

În camere pt. două persoane dela RM 9

În camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmler**
Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnhof Seebrugg (Deutschland)

EUPHORYL

DERMATOSE
PRURIGINOASE
PRURIT
ANAPHYLAXI
CUTANATE
INTOXICAȚIUNI

3 CACHETE PE ZI
CAZURI ACUTE
INIECȚIUNI INTRAVENOASE

Creat și experimentat în Spitalul din Paris.

LABORATOIRES "ANA" 18, AV. DAUMESNIL, PARIS



Euphoryl infantil

(GRANULE SOLUBILE)

TURBURĂRI DIGESTIVE
DERMATOSE
PRURITE
ANAPHYLAXI ALIMENTARE
INSUFICIENȚĂ HEPATICĂ

POSOLOGIE

1 linguriță de cafea după oră de vârstă

LABORATOIRES "ANA" 18, AV. DAUMESNIL, PARIS



Hirudinase

IDRAGELE

DOZĂ MIJLOCIE : 4-6 DRAGELE PE ZI

INSUFICIENȚĂ VENOASĂ
INFECȚIUNI
VASCULO-SANGUINE
FLEBITE-SEPTICEMII
AMENOREE

Prințul produs
specializat cu
baza de extract
de lipon.

Creat și exper-
imentat în spita-
lele din Paris.

LABORATOIRES "ANA" 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS



Salicylate SURACTIVE "ANA"

SALICILAT DE SODIU
IN COMPOZITIE
CALCO-MAGNESIANĂ
TOSULFAT

32 gr.
SALICILAT DE SODIU
SURACTIVE
TOSULFAT

Cele 4 avantaje :

- 1 - Supraactivare 170 %
- 2 - Gust agreabil
- 3 - Toleranță perfectă
- 4 - Concentrație mare

Reumatism - A L G I I
INFECȚIUNI-SEPTICEMII
TURBURĂRI HEPATICE



LABORATOIRES "ANA" 18 AVENUE DAUMESNIL, PARIS 207

Mostre gratuite la cerere :

MEDIROM S. A. R. BUCUREȘTI-IV — STR. OLARI 23

TEL. 2.39-46

și devin neurotrofi. Acest neurotropism al spirochetelor se datorește prin urmare unui tratament antisifilitic insuficient sau tardiv instituit.

Compatriotul nostru Levaditi a pus pe tapet chestiunea dualismului sau pluralității virusului sifilitic, iar Marinescu crede că spirocheții metasifiliticilor se prezintă ca o varietate de spirocheți care au câștigat proprietăți secundare, după ce ei au invadat sistemul nervos.

Cum vedem, patogenia sifilisului nervos ca și de altfel anatomia patologică a diverselor aspecte clinice sub care el se prezintă, trebuie să mărturisim că nu sunt destul de bine cunoscute. De aceea în rândurile care vor urma, ne vom ocupa mai mult de cadrul simptomatic al cazului nostru neuro-labirintită bilaterală totală sifilitică, care astăzi este fixat în otologie.

Dela început trebuie afirmat, că sifilisul se poate localiza pe urechea internă, atingând perechea optă craniană în forma sa ereditară sau în forma sa câștigată.

Neuro-labirintita ereditară sifilitică.

Aceasta se poate declara în vîleața intra-uterină, în prima copilărie, sau mai târziu dând sifilisul ereditar tardiv.

Forma ereditară precoce, (din prima copilărie, este concomitentă de cele mai multe ori cu celelalte stigmate ereditare ale sifilisului și tot de cele mai multe ori ea trece neobservată.

Forma ereditară tardivă, se poate manifesta fulgerător predominând sindromul acustic coclear, sau progresiv în care cele două sindroame coclear și vestibular sunt asociate. Această formă tardivă survine între 8 și 15 ani.

Sindromul coclear al acestei forme arată o surditate de recepție cu un element curios, acela de a păstra în oarecare măsură percepția osoasă.

Sindromul vestibular, prezintă la proba calorică și rotatorie de cele mai multe ori o disociație remarcabilă. Se întâmplă în majoritatea cazurilor că reacția rotatorie să lipsească, însă cea calorică rămâne intactă sau parțială.

Proba pneumatică ne permite explorarea semnului caracteristic al fistulei fără fistulă sau semnul lui d'Hennebert. Acest semn este absent în sifilisul auricular câștigat.

Neuro-labirintita sifilitică câștigată.

Aceasta poate exista în perioada sifilisului secundar sau terțiar.

În neuro-labirintita secundară putem avea lezarea perechii 8-a, fie separat în cele două aparate coclear și vestibular, fie simultan în ambele aceste aparate.

Caracteristica formei cocleare, este rapiditatea cu care progresează surditatea.

Simptomul esențial, este surditatea de percepție cu vîjălturi intense. Conductibilitatea osoasă este cu mult mai diminuată.

În forma vestibulară nu găsim nimic caracteristic. Această formă prezintă sindromul clasic bine cunoscut: turburări de echilibru vertij, nistagm către partea sănătoasă, sau către cea mai puțin bolnavă, mișcări reacționale inverse nistagmusului.

În forma asociată, sindromul coclear, domină manifestările vestibulare.

Neuro-labirintita terțiară, cuprinde ca și cea secundară, forma cocleară vestibulară și asociată. Neuro-labirintita aceasta nu mai este însă complicația unui sifilis florid, ci a unui sifilis latent, la care este nevoie de cercetări de laborator mai întinse.

Întrebarea pe care trebuie să ne-o punem în cazul de față, după ce am expus clasificarea de mai sus, este dacă infecția sifilitică a bolnavei noastre este ereditară sau câștigată.

Semne caracteristice de eredo-sifilis bolnava nu prezintă. Un eredo-sifilis obținut, în majoritatea cazurilor apare între 8—15 ani.

Apariția lui peste 14—15 ani și chiar la această vîrstă este mai rară și chiar dacă apare este însoțit totdeauna de stigmate dentare, oculare, semne frecvente de sifilis nervos, dezvoltare generală insuficientă, arterațiile mintală, facies senil și cu o reacție B. W. în sânge de cele mai multe ori negativă.

Bolnava noastră este excelent dezvoltată, nimic (la ochi și dinți) din triada lui Hutchinson. Cu excepția labirintitelor și a unei frunți olfimpene n'are niciun alt semn, care să poată fi pus în contul unui sifilis ereditar. Reacția B. W. în sânge este intens pozitivă.

Dintre semnele subiective ale sifilisului auricular ereditar sau câștigat, cel mai important este surditatea. Ea pare mai accentuată la sifilisul ereditar și pentru ea bolnavul se prezintă la consultații. În cazul de față, bolnava s'a prezentat însă abia după 8 ani la o clinică de specialitate.

În decursul evoluției, surditatea în sifilisul ereditar, prezintă fluctuații uneori ameliorare, alteori agravare, pe când sifilisul câștigat este caracteristic așa cum am scris mai sus, prin rapiditatea cu care progresează surditatea, adică exact cum se prezintă cazul nostru.

Semnele obiective nu prezintă nicio importanță deoarece timpanul nu are modificări importante.

Semnele funcționale pe care ni le dă examenul aparatului coclear și vestibular, sunt în cazul nostru de partea sifilisului câștigat.

În plus semnul lui d'Hennebert sau semnul fistulei (fără fistulă) este negativ, dușul de aer pompat într-o ureche nereușind să provoace nistagmus la urechea de partea opusă.

O altă edificare ce trebuie făcută în expunerea cazului ce face obiectul articolului de față este dacă această neuro-labirintită bilaterală post sifilitică (câștigată) este sau nu totală.

Din datele ce le-am prezentat, reiese clar că este vorba de o leziune foarte gravă a ambelor labirinte. Pentru nervul vestibular distrugerea ne este edificată de rezultatul probelor voltale, unde rezistența la curent este enormă de 15 m. A. (față de excitabilitatea normală a nervului de 1—3 miliamperi) fără a obține totuși provocarea bătailor nistagmice.

Pentru nervul acustic leziunea este aproape totală și probabil că, cu timpul va fi o scleroză completă postinflamatorie.

Cele câteva secunde (18"—22") pe care bolnava le mai percepe la diapazonul ut2 128 v. d. și care se aud 90" pe mastoida normală, ar face oarecum să se creadă că neuro-labirintita aceasta n'ar fi totală, mai păstrându-se încă ceva resturi.

Se poate însă întâmpla, ca acest pretins rest auditiv obținut pe cale osoasă, să fie numai o percepție tactilă a vibrației diapazonului.

În prezent auzul bolnavei este total compromis și surditatea ei va rămâne aproape sigur permanentă, gândindu-ne și la faptul că sifilisul ei datează de 8 ani, în care timp nu i s'a făcut tratamentul necesar.

Secunde de percepție osoasă pe care le mai constatăm acum, nu ne îndrituiesc să ne gândim la vreun prognostic salutar.

Dela vârsta de 14 ani, ea n'a mai auzit cuvintele vorbite și nu și va mai putea reînprospăta memoria auditivă a limbajului.

Bolnava nu și va pierde însă această memorie complet, deoarece până la această vârstă impregnarea în memorie a limbajului este definitivă. Totuși așa cum observăm la bolnavii adulți care și-au pierdut auzul de mai mulți ani, ea vorbește și va vorbi din ce în ce mai târănat, un limbaj defectuos, pe care otologii îl cunosc bine.

Nu va fi prin urmare o surdo-mută, deoarece pentru a deveni astfel, trebuie să pierzi auzul până la vârsta de 7—8 ani, vârstă până la care memoria auditivă a cuvintelor vorbite nu poate fi consolidată. Va rămâne însă o înfirmă — o surdă.

Probele instrumentale ne-au arătat pierderea funcțiunii vestibulare, fără a observa vertij sau turburări în echilibru.

Funcțiunea ambelor vestibule distruse este compensată prin rolul celorlalte organe (care acționează prin echilibru), cum sunt ochii și sistemul nervos central.

La bolnava noastră lipsa turburărilor în echilibru — ochi-nistagmus — membre: mișcări reacționale — corp: devieri în mers, unde ambele vestibule sunt distruse, demonstrează cum nu se poate mai bine că func-

țiunea vestibulară nu este indispensabilă vieții, ea putând fi înlocuită la om cu sistemul nervos.

Diagnosticul diferențial îl facem întâi cu otospongioza, care este obscură din punct de vedere etiologic, iar anatomo-patologic este caracterizată printr-o scleroză a capsulei labirintice și anchiloza scărișii.

Clinic se prezintă ca o surditate progresivă bilaterală, iar ca formă acustică, în sensul vederilor clasice, fiind obișnuit un sindrom de transmisie, la care conductibilitatea osoasă a sunetelor este mult prelungită.

Simptome analoage ca în neuro-labirintita totală specifică mai găsim în următoarele trei afecțiuni:

1. Scleroza în plăci, dar surditatea nu survine rapid și total.
2. Tumori cerebrale dau surdități unilaterale și sunt asociate cu alte semne neuro-craniene.
3. Neuro-labirintita encefalitelor endemice.

Diagnosticul diferențial mai trebuie făcut și cu *Meningitele infecțioase*, care pot determina leziuni neuro-labirintice și surdități, cu *Parotidita epidemică*, prin complicațiunile sale meningeale, cu *Procesele neoplazice ale nervului acustic*, care se cunosc în neurologie sub numele de neoplasmele unghiului pontocerebelos. (La acestea, în unele cazuri, simptomul inițial pe care-l prezintă poate fi cel coclear, dar sunt unilaterale.)

Tratamentul celui în stadiul bolnavei noastre este pentru specificitatea ce o prezintă, cel antisifilitic, deși pentru surditatea ei acest tratament rămâne ineficace.

Tratamentul acesta este cu mult mai important în sindroamele neuro-labirintice a căror evidențiere este îngreunată de lipsa simptomelor nervoase asociate și a alterării umorale a organismului.

Aici numai proba tratamentului duce uneori la adevărata cauză.

De aceea profesorul Buzolanu spune: „să nu părim în voia ei niciodată o surditate progresivă cu caracter neuro-labirintic, fără să fi făcut toate eforturile atente pentru desoperirea sifilisului”.

Pentru remedierea surdității bolnavei noastre ne vom servi de metoda „lecturii pe buze” și, până la un oarecare punct, de metoda „aparaturii protelice”.

Metoda lecturii pe buze sau labiologia este o metodă foarte prețioasă pentru cooperarea înfirmului cu societatea. Și dacă această metodă nu a prins încă destul teren, aceasta se datorește componentei psihice, specifică surdului, de a-l fi o metodă jenantă.

Metoda lecturii pe buze se poate învăța fără prea mari dificultăți, ca și cum ar fi vorba de o limbă străină. Ea reduce oboseala auditivă prin asocierea în plus a imaginilor vizuale, înlesnind înțelegerea limbajului articulat. În sensul acesta, ar fi prin urmare o compensare a audierii prin simțul vizual.

Trebue să remarcăm aici importanța ce se dă fil-mulul mut și sonor în învățământul acestei metode, mai ales în Statele Unite ale Americii.

Metoda aparatelor protetice

Protezele auditive constituiesc pentru un mare număr de surzi definitiv, un mijloc înestetic și un fel de afișaj al înfirmității lor.

Aceste aparate de proteză auditivă sunt considerate ca rezonatori și se prescriu în surditățile bilaterale, pentru că în cele unilaterale urechea sănătoasă sau ușor atinsă contra-indică proteze.

Protezele auditive se impart în două categorii: unele care folosesc calea osoasă și altele conducta aeriană.

Cele pentru calea osoasă se prescriu când calea aeriană este complet compromisă, dar sunt resturi auditive pe cale osoasă. Sunt constituite din metal sau ebonit și poartă diferite numiri ca „audiofoane” sau „dentifoane”. (Se cunoaște cazul lui Beethoven, care ținea între dinți o vergea de lemn, pe care o atinge de pian.)

Cele pentru calea aeriană sunt de două feluri: electrice și neelectrice.

Protezele auditive neelectrice: timpane artificiale, tuburile acustice și cornele acustice.

Dintre acestea, cornele acustice sunt cele mai indicate. Ele sunt construite din metal sau ebonit și au cele mai variate forme. În general, după J. Perrio, nu se cunosc corne multumitoare decât în parte. Cu oarecare aproximație, intensitatea de amplificare a sunetelor ascultate cu cornetul este de zece ori mai mare.

Protezele auditive electrice se compun dintr-o pilă uscată de 2-4 volți, un microfon și receptor telefonic (de preferință o cască).

Calitatea lor depinde de membrana receptorului și a microfonului.

Aceste aparate au o întrebuințare cu mult mai întinsă mai ales în Statele Unite ale Americii, unde se pot monta în sălile de teatru, conferințe, etc. Microfonul este montat pe scenă și este pus în legătură cu receptoare telefonice.

Sperăm că în viitor ne putem aștepta cu multă încredere la perfecționarea aparatelor de proteză auditivă, care sunt atât de utile în viața celor lipsiți de o audiciență îndestulătoare.

CLINICA OTO-RINO-LARINGOLOGICĂ

Profesor Dr. G. Buzoianu

RESUMÉ

Neuro-labyrinthite totale bilatérale syphilitique

Il s'agit d'une malade, de 21 ans, qui présente une surdité totale, datant depuis l'âge de 14 ans, quand la maladie débuta brusquement avec des vertiges, céphalalgies et la diminution de l'ouïe.

La réaction Bordet-Wassermann est positive et les épreuves accoustique et vestibulaires montrent une lésion très grave des deux labyrinthes, en même temps la 8-me paire est à peu près totalement détruite. La cause de cette lésion est l'infection syphilitique.

Le traitement antisiphilitique a été institué bien que celui-ci restât inefficace sur la surdité. Pour remédier l'ouïe on va se servir de la méthode de lire sur les lèvres et de la méthode des appareils protétiques.

ZUSAMMENFASSUNG

Neuro-Labyrinthitis totalis bilateralis syphilitica

Eine Kranke von 21 Jahren leidet seit ihrem 14. Lebensjahr an vollständiger Taubheit die plötzlich auftrat mit Schwindel, Fieber, Kopfschmerzen und Abnahme der Gehörschärfe. Bordet-Wassermann ist positiv, die Untersuchung der Hörschärfe und des Vestibularorgan erweisen eine sehr schwere Schädigung beider Labyrinthe, wobei auch der Nerv selbst, d. h. der 8. Hirnnerv beinahe vollständig zerstört ist. Ursache ist eine syphilitische Infektion, die in diesem Falle erworben und nicht hereditär ist. Da die Kranke seit ihrem 14. Lebensjahr nicht mehr hört, ist sie nicht mehr imstande, sich an die Sprache zu erinnern.

Antisyphilitische Behandlung ist notwendig. Da jedoch damit eine Besserung der Taubheit nicht zu erwarten ist, ist zu deren Behandlung die Methode der „Lippensprache“ und der „prothetischen Apparate“ zu verwenden.

Medicină de războiu

Intoxicația acută cu alcool metylic (spirt antiger)

de

Medic Lt-Colonel **Liviu Ursu**
Șeful Spitalului de Campanie Nr. 7

Medic Locot. **Dr. Vălceanu Temistocle**

și Medic Sublt. **Dr. Perianu Sorin Tiberiu**

Războiul actual, datorită mijloacelor de luptă întrebuințate, a ridicat o serie de probleme nouă de ordin medical.

Una din acestea este problema intoxicațiilor, care se pot prezenta sub cele mai variate aspecte clinice, și

care pot conduce la erori de diagnostic ce pun în discuție responsabilitatea pacienților, etichetați adeseori ca simpli simulanți.

Enumărăm în treacăt intoxicațiile descrise încă din războiul trecut, prin produșii gazei ce rezultă din

arderea pulberilor explozive, în special gazele nitroase și C. O. și cari se produc atunci când se execută trageri susținute cu arme de foc în spații mici și adăposturi.

Un asemenea caz, a fost observat în spitalul nostru, la un pacient, primit cu diagnosa de „nefrită uremică, reacție meningeală” și care prezenta tabloul unui acces maniacal acut. Starea de excitație psicho-motrică a bolnavului ne-a împus în primul rând, o terapie calmantă obișnuită, paralel cu care însă i s'a aplicat o terapie activă de desintoxicație, (lebotomie, diuretice, ser glucozat hipertonic).

În mai puțin de 24 ore dela internarea sa, bolnavul își revenea complet la normal.

Motorizarea, care în acest război, a luat o dezvoltare din cele mai mari, a ocazionat și ea accidente în legătură cu natura substanțelor chimice întrebunțate la motoare. În această ordine de fapte s'au descris accidente toxice grave, dela dermatite până la moarte, cu benzină albastră și datorite tetrametilului de plumb ce aceasta conține.

Având ocaziunea să observăm 15 cazuri de intoxicație acută cu lichid „antiger” ce au fost internate și tratate în spitalul nostru, am crezut util, ca ele să facă obiectul unei publicații, pe de o parte prin numărul lor, aspectul clinic și împrejurările în cari s'au produs, pe de altă parte, spre a fi cunoscute de acel în drept să ia măsuri pentru evitarea lor în viitor.

În realitate, numărul cazurilor au fost 83, ele survenind aproape simultan, în următoarele împrejurări: un regiment motorizat român, ce se afla cantonat în localitatea K... din Crîmela, a primit o cantitate de lichid „antiger” destinat motoarelor de autocamioane. Conducătorul secției, a sustras un butoi de lichid, din care a vândut populației civile tătare și soldaților aflați în cantonament. În urma consumării lui, s'au produs 83 cazuri de intoxicație acută, din care au fost, mortale 43 în rândul populației civile și 22 între soldați.

Din cei 18 supraviețuitori, au mai decedat 3 în timp ce erau transportați spre spital, astfel încât au rămas sub tratament 15. La 2 din cei decedați s'a făcut, la Prosectura germană din Simferopol, grație bunăvoinței și competenței medicului asistent Tesseraux, examenul anatomo-patologic, ale cărui rezultate le dăm mai departe.

Lichidul „antiger” care este utilizat numai în sezonul rece, spre a împiedeca înghețul apelor din radiatoare, se compune, după buletinul de analiză al Laboratorului german de cercetări chimice, din:

Alcool metilic 35%; alcool etilic 35%; glicerină 30% și urme de acetonă.

Relese clar că, din componentele de mai sus alcoolul metilic, este acela care trebuie învinovățit, ca factor etiologic principal, dacă nu, chiar singurul, al fenomenelor observate, în cazurile noastre. Alcoolul me-

tilic este întrebunțat încă, pe o scară largă, în industria vopselărilor, parfumeriei și în falsificarea băuturilor spirtoase.

În literatura acestor chestiuni s'au citat intoxicații în masă cu alcool metilic la Berlin în 1912, la București în anul 1927/28 și în America, pe timpul prohibiției.

Concepția asupra modului său de acțiune s'a modificat, și, contrar vechii teorii a lui Brückner, care admitea că toxicitatea sa, ar fi datorită transformării în țesuturi în acid formic și formaldehidă, cercetările experimentale mai recente, ale lui Carla Egg și A. Les, tind să demonstreze, că alcoolul metilic formează cu ionii fer ai hemoglobinei un complex ce împiedică funcțiunile catalitice ale acestora.

Susceptibilitatea individului joacă un rol foarte important, și la indivizii sensibili, doze de 5—20 c. c. sunt capabile să declanșeze accidente toxice, mergând până la atrofia nervului optic.

Doza mortală, considerată în medie 60 c. c., e foarte variabilă și ea poate scădea în raport cu reacțiunea individuală, până la 20 c. c., în timp ce s'au semnalat cazuri, unde unii indivizi au putut consuma zilnic, timp de câteva luni, 30—50 c. c.

Observații făcute asupra soldaților în război, au arătat că, prin consumul repetat de alcool metilic, se poate crea, dimpotrivă, o stare de sensibilizare (idiosincrasie). Amestecul cu alcool etilic, se pare că este și mai nociv, acesta din urmă favorizându-l resorbția. În general, prin comparație cu alcoolul etilic, simptomele apar mai tardiv și au o durată mai lungă, ceea ce explică prin aceea că, eliminarea alcoolului metilic se face de 5—10 ori mai greu decât la primul. Moartea survine adeseori după câteva ore dela ingerarea sau inhalarea lui.

Simptomatologia clasică a intoxicației acute cu alcool metilic, constă în: cefalalgie, amețeli, dureri epigastrice, greață, vărsături, constipație, dureri în coapse și gambe, clanoza feței și a extremităților, cîrtesle, dispnee, miros caracteristic al respirației, somnolență, oboseală, depresii, turburări uzuale și mișcări. După câteva ore, reflexele pupilare dispar, se instalează amauroză completă, delir, convulsii; bolnavul intră în comă și moare.

Inhalațiile mijloclor sau de lungă durată, produc iritațiuni ale mucoasei căilor respiratorii, tendință la bronșite, alte ori afecțiuni pulmonare acute și în cazuri rare, chiar oedem pulmonar; concomitent pot exista cefalalgie, vășateții auriculare și tremurături. Icterul este de asemenea o complicație posibilă.

Diagnosticul diferențial se face cu intoxicația cu atropină, aconit și cu botulismul. În acesta din urmă, motilitatea globului ocular este păstrată. Atunci când este posibil, se va căuta în urină, în conținutul gastric și în ficat, acidul formic, ca rezultat al degradării alcoolului metilic. În general, alcoolul metilic prin acțiunea lui

mai îndelungată, nu produce ebrietate, ci o stare de somnolență, oboseală și depresie.

Pronosticul va fi totdeauna rezervat. Atrofia nervului optic și amauroza, pot fi totale într'un procent de 10% din cazuri; se citează că ele pot apărea tardiv, după 2—3 luni. Intoxicațiile cronice prezintă o importanță extremă, deoarece alcoolul metilic, determină în mod foarte precoce, leziuni cronice, în special tulburări oculare ireversibile și nevrite locale sau generalizate. Intoxicațiile acute sau cronice, necesită o convalescență lungă, deoarece pot lăsa în urma lor tulburări oculare permanente; nevrite retrobulbare, scotome, etc. Tulburările psihice cronice, sunt puțin cunoscute.

Din punct de vedere anatomo-patologic, în afară de alterațiunile oculare patognomonice nu există leziuni caracteristice. În cazurile mortale, consecutive intoxicațiilor acute, Ströhmberg a observat o colorație roșie generalizată, a tegumentelor și un aspect roșu-livid al petelor cadaverice. Același autor, afirmă că ea cuprinde și mușchii erectori, de unde aspectul de piele de găscă.

Viscerele, musculatura în secțiune și uneori sângele apar în roșu-brun, fenomen, pe care Bürger îl atribuie formării de metemoglobină.

Mucoasele gastrică și intestinală sunt congestionate și presărate cu insule hemoragice. Ganglionii limfatici și plăcile lui Peyer sunt tumefiate. Se pare că icterul din cursul intoxicațiilor acute ar fi în funcție mai mult de inflamația la nivelul papilei, decât de leziunile hepatice. Cele mai caracteristice sunt însă leziunile repede progresive ale ochiului care se traduc prin dispariția corpusculilor lui Nissl, hipereromazia nucleolului, disocierea nervului optic; se mai observă detritusuri de grăsimi perivascularare și tumefierea elementelor celulare.

Tratamentul, constă în spălături de stomac, purgative și clisme evacuante; Injecții cu strichnină în doze mari și cofeină, care acționează foarte bine, mai ales în cazurile cu dispnee și tulburări cardiace. Din cauza eliminării lente a alcoolului metilic vom face emisiuni sanguine largi, Injecții cu ser fiziologic și vom mări diureza. Intern se dă bicarbonatul de sodiu pentru alcalinizare. S'au mai prescris Injecțiile subcutane cu 25 c. c. dintr'o soluție 2% de permanganat de K. cltratul de sodiu și clorurii de calciu la interior. În fine în tulburările nervoase și oculare Well recomandă transfuzii repetate de sânge și puncte lombare.

Dăm mai jos, în rezumat, observațiile clinice ale bolnavilor noștri:

Observația I. — S. Gh. 29 ani, intoxicat de 48 ore, a ingerat 125 c. c. „antiger” (cca. 45 gr. alcool metilic) La 3 ore a simțit o stare de obnubilare, cefalgie, dureri epigastrice, vărsături la început alimentare, apoi bilioase, sughiț, diminuarea acuității vizuale, xantopsie, obiectiv: hiperemia intensă a conjunctivelor bulbare, pupile dilatate, reacționează la lumină și distanță, acuitate vizuală conservată. Puls 120, tensiunea art. Mx. 10¹/₂. Mn. 8. (V. L. Fundul de ochi normal. După 3 zile iese vindecat.

Obs. 2. — B. I. 25 ani, intoxicat de 48 ore, a ingerat 80 c. c. alc. metilic) diluat în apă și fiert cu zahăr. La 15 ore i-au apărut cefalgie, amețeli, dureri epigastrice, vărsături, dureri în gambe. Obiectiv: puls 100, tens. art. Mx. 12. Mn. 6. (V. L.). Pupile egale, acuitate vizuală conservată; fund de ochi; ușoară hiperemie a papilei, conturul accentuat. După 3 zile iese vindecat.

Obs. 3. — H. P. 26 ani, intoxicat de 48 ore a ingerat 100 c. c. antiger (35 c. c. alcool metilic) diluat cu apă, după care a căzut într'o stare de somnolență. După 5 ore s'a trezit cu cefalgie, obnubilare, gust amar în gură, vărsături bilioase, diminuarea acuității vizuale xantopsie. Obiectiv: puls 126, sgomote asurzite, tens. art. Mx. 10. Mn. 7¹/₂ (V. L.), hiperemie conjunctivală, pupile egale, reacționează la lumină și distanță, acuitate vizuală conservată. Fundul de ochi normal. După 3 zile iese vindecat.

Obs. 4. — A. M. 22 ani, intoxicat de 36 ore, a ingerat 100 c. c. antiger (35 c. c. alc. metilic) diluat în apă și fiert cu zahăr. La 1/4 oră, a simțit cefalgie, greață, vărsături alimentare. Și-a continuat serviciul. După 24 ore au apărut dureri în hipocondrul drept și diminuarea vederii. Obiectiv: puls regulat, 138, tens. art. Mx. 12. Mn. 9 (V. L.), hiperemie conjunctivală, pupile egale, reacționează la lumină și distanță, acuitatea vizuală a revenit la normal. Motilitate, sensibilitate, reflexe osteotendinoase normale. Fund de ochi: papilele ușor hiperemice, conturul accentuat. După 3 zile iese vindecat.

Obs. 5. — I. C. 29 ani, intoxicat de 48 ore, a ingerat 40 c. c. antiger, (15 c. c. alc. metilic). La 48 ore a simțit ușoară cefalgie, dureri epigastrice, vărsături alimentare. Obiectiv: puls regulat 90, tens. art. Mx. 11. Mn. 7 (V. L.). Pupile egale, reflexele conservate, acuitatea vizuală păstrată, fund de ochi normal. După 3 zile iese vindecat.

Obs. 6. — I. I. 22 ani, intoxicat de 32 ore, a ingerat 100 c. c. antiger (35 c. c. alc. metilic) din care o parte pur și o parte diluat cu apă. La 8 ore a simțit cefalgie, diminuarea vederii, greață, vărsături. Obiectiv: mucoasa bucală inflamată, hiperemie conjunctivală, midriază moderată, reflexe pupilare normale, acuitatea vizuală a revenit la normal, fund de ochi normal, puls 88 cu rare intermitențe, tens art. Mx 10¹/₂ Mn. 8.

După 3 zile iese vindecat.

Obs. 7. — H. A. 23 ani, intoxicat de 36 ore, a ingerat 150 c. c. antiger (50 c. c. alc. metilic) La 15 ore i-au apărut: greață, vărsături, cefalgie, amețeli, dureri epigastrice și retrosternale, sughițuri, somnolență, diplopie. Obiectiv: stare de somnolență, hiperemia pomeților, puls 120, regulat, tens. art. Mx. 13¹/₂, Mn. 8¹/₂ (V. L.) acuitate vizuală normală, diplopia pe cale de dispariție, pupile midriatice, reflexe conservate, fund de ochi normal. După 3 zile iese vindecat.

Obs. 8. — C. I. 24 ani, intoxicat de 48 ore, a ingerat 60 c. c. antiger (20 c. c. alc. metilic) diluat, după care i-a apărut stare de beție cu vărsături și cefalgie. A doua zi, și-a continuat serviciul, deși avea din când în când amețeli și diminuarea vederii. Obiectiv: puls 90 regulat, tens. art. Mx. 11¹/₂, Mn. 7¹/₂. Pupile ușor midriatice, reacționează la lumină și distanță, acuitate vizuală conservată, fund de ochi normal. După 3 zile iese vindecat.

Obs. 9. — C. I. 24 ani, intoxicat de 48 ore, a ingerat 250 c. c. antiger (85 c. c. alcool metilic). La 2 ore i-au apărut cefalee, amețeli, greață, sughițuri, diminuarea vederii. Obiectiv: tens. art. Mx. 11¹/₂, Mn. 7¹/₂. Pupile midriatice, reacționează la lumină, slab la distanță. O. D. înnumără degetele la 3 m. O. S. înnumără la 2 m. Fund de ochi normal. După 4 zile iese vindecat.

Obs. 10. — B. H. 33 ani, intoxicat de 48 ore, a ingerat 100 c. c. antiger (35 c. c. alc. metilic), pe care l-a diluat cu apă și filtrat prin pâine. La 2 ore i-au apărut cefalgie, dureri epigastrice, greață, vărsături, dureri musculare în brațe și coapse. A

băut $\frac{3}{4}$ l. lapte, afirmând că s'a simțit ameliorat. Obiectiv: vasodilație capilară a feții, hiperemie conjunctivală, pupile egale cu reflexe conservate, acuitate vizuală normală, fund de ochi normal, puls regulat, 135, tens. art. Mx. 11. Mn. 7. Iese vindecat după 3 zile.

Obs. 11. — S. V. 33 ani, intoxicat de 36 ore, a ingerat 60 c. c. antiger (20 c. c. alcool metilic). La o oră i-au apărut: greață, vărsături, cefalalgie, senzație de greutate în membrele inferioare, somnolență.

Obiectiv: hiperemia pomeților, puls 92 regulat, tens. art. Mx. $12\frac{1}{2}$, Mn. 9, mers ebrios. Pupilele midriatice, reacționează la lumină și distanță. O. D. vedere $\frac{5}{5}$, O. S. zărește degetele. Fund de ochi: O. S. conturul papilei ușor accentuat. După 3 zile este evacuat cu avionul în țară.

Obs. 12. — C. M. 23 ani, intoxicat de 48 ore, a ingerat 200 gr. antiger (70 gr. alc. metilic). La câteva ore apar cefalalgie violentă, greață, vărsături, sughiț, diminuarea vederii. Obiectiv: bolnavul e somnolent, răspunde greu la întrebări, nu poate preciza unde se află. Puls 92 regulat, tens. art. Mx. 12, Mn. 8. (V. L.) pupile foarte dilatate, reflexul fotomotor dispărut, proiecțiune defactoasă bilateral. Fund de ochi: conturul papilei accentuat ușor, oedem retinian peripapilar. După 3 zile este evacuat cu avionul în țară.

Obs. 13. — C. T. 31 ani, intoxicat de 36 ore, a ingerat 100 c. c. antiger (35 c. c. alcool metilic). La 2 ore i-au apărut cefalee, amețeli, greață, sughițuri, diminuarea vederii. Obiectiv: hiperemia pomeților și conjunctivelor, puls 74 regulat, tens. art. Mx. 15, Mn. 11. Pupile egale, midriatice, reacționează la lumină, defect de proiecțiune, zărește lumina. Fund de ochi: accentuare a marginii papilei în special în sectorul inferior. După 3 zile este evacuat cu avionul.

Obs. 14. — C. I. 25 ani intoxicat de 24 ore, a ingerat 60 c. c. antiger (20 c. c. alc. metilic). La $\frac{1}{2}$ oră s'a instalat o stare de beție. Obiectiv: bolnavul e în stare subcomatoasă, cu somn profund, agitat, respirație profundă, regulată, geme și are vărsături bilioase repetate. Prin excitații răspunde cu dificultate la întrebări și acuză cefalee vie, amețeli greață. N'a avut turburări oculare (?) puls 86, regulat, slab, tens. art. Mx. 12. Mn. 9. Acuitatea vizuală diminuată bilateral (innumără degetele la 2 m.). Reflexele pupilare leneșe. Fund de ochi: conturul papilelor foarte ușor accentuat. După 3 zile este evacuat cu avionul.

Obs. 15. — M. G. 25 ani, intoxicat de 48 ore, a ingerat 100 c. c. antiger (35 c. c. alc. metilic) diluat cu apă și fierț cu zahăr. După 8 ore i-au apărut cefalalgie, greață, vărsături bilioase obnubilăție, diminuarea vederii xantopsie și macropsie. Obiectiv: puls regulat 110, tens. art. Mx. $12\frac{1}{2}$, Mn. 7, acuitatea auditivă diminuată la dreapta, hiperemie conjunctivală, pupile egale, reflexe conservate, vederea O. D. normal. O. S. vederea diminuată. (Zărește degetele) conturul papilei șters, fără hiperemie. După 25 zile, alterațiunile oculare și conjunctivita persistând, este evacuat cu trenul în țară.

Tratamentul urmat în toate aceste cazuri a fost: injectii cu stricnină până la 8 mgr. pe zi la care am asociat tonocardice, ser glucozat hipertonic intravenos și lichide abundente pentru a mări diureza. În ceea ce privește evoluția lor ea a fost favorabilă, înăd seamă că toți 15 bolnavii ce s'au internat, au putut fi salvați. 10 din ei au putut fi înalțați la corp, după 3—4 zile de spitalizare, și cum după trecerea aproape 2 luni n'au mai revenit, îl putem considera definitiv vindecați.

Ultimii 5, întru cât prezentau lezuni ale nervului optic, au fost evacuați cu avionul în țară.

Dăm acum rezultatul examenului anatomo-patologic, făcut de medicul Sublt. Dr. Tesseraux anatomopatologul Spitalului de război german Nr. 3/509, asupra a 2 din cele 3 cazuri ce au sucombat în timpul transportului spre spital.

I — O. C. 33 ani, mort de 48 ore. Rigiditate cadaverică. Petele cadaverice roșii-livide; extremitățile cianotice. Pupile foarte dilatate. Cordul mai mare decât volumul unui pumn de adult. Ventriculul drept dilatat, plin cu sânge roșu-vănat spumos. Miocardul roșu-închis și friabil. Pulmonii cu stasă și oedematoși, mai ales în părțile lor declive. În secțiune se scurge un lichid roșu, spumos. Mucoasa traheei și bronhiilor hiperemiată și acoperită cu secreții. Ficatul mărit friabil cu desen lobular accentuat; în secțiune de culoare brună-roșiatică. Splina 160 gr. Rinichii în secțiune de culoare roșie-brună.

În vasele subarahnoidiene stasă sanguină, Hemoragie subarahnoidiană în hemisferul stâng. Stază în vasele substanței cerebrale. Histologie: hiperemie în pulmonii. În sistemul nervos central hiperemie în substanța subcorticală cu degenerescență grasă a celulelor endoteliale și adventițiale a capilarelor scoartei. Miocard hiperemic. Rinichii: hiperemie intensă, degenerescență gravă incipientă a epitelilor tubilor. Ficatul: hiperemic, degenerescență grasă difuză și punctiformă a celulelor hepatice. Suprarenale: hiperemie intensă a zonei reticulare. În rest, nimic deosebit.

II. — D. C. 33 ani. Cord: dilatația cavităților, în special a ventriculului drept. Peteșii subepicardice; miocardul roșu-închis, friabil. Pe aortă câteva plăci ateromatoase. Pulmonii măriți, oedematoși mai ales în părțile posterioare. Ficatul mărit, friabil, în secțiune brun-roșiatic. Splina mărită (240 gr.). Rinichii în secțiune, de culoare roșie cianotică în special la piramide. Vasele cerebrale dilatate, pline cu sânge de stasă. Histologie: Miocard: hiperemie cu infiltrație leucocitară în țesutul conjunctiv perivascular. Pulmonii cu hiperemie și ușor oedem.

În rinichi hiperemie și în anumite zone degenerescență fină grăsoasă a epitelilor tubulare. Splina cu hiperemie intensă. În creier hiperemie corticală și subcorticală; degenerescență grăsoasă a celulelor endoteliale și adventițiale ale capilarelor corticale.

Din expunerea acestor cazuri se pot trage unele concluzii de ordin clinic și anatomo-patologic, asupra cărora credem util să insistăm.

1. Bolnavii noștri au ingerat cantități variind între 15—85 c. c. alcool metilic, unii depășind cu mult doza de 60 c. c. considerată în general ca mortală, ceea ce scoate în relief factorul de reacțiune individuală față de acest toxic.

2. Primele manifestări ale intoxicațiunii au apărut, în câteva din cazuri, foarte precoce, la $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —1 oră; aceasta poate fi interpretat prin intervenția alcoolului etilic, din amestec, care favorizează și probabil accelerează resorbția alcoolului metilic.

3. Între simptomele observate de noi și pe care nu le-am întâlnit menționate în literatura acestel chestiuni, cităm: frecvența mare a sughițului și obnubilății intelectuale.

Printre turburările oculare pasagere am întâlnit: xantopsia în $\frac{1}{3}$ din cazuri, mai rar diplopie și macropsia; de asemenea, într-una din observații, am notat

diminuarea reflexului la distanță, cu conservarea reflexului foto-motor, fapt ce este obișnuit în paralizile post-difterice.

Foarte importante sunt modificările tensiunii arteriale. Hipotensiunea arterială este aproape de regulă; ea interesează exclusiv maxima, în timp ce minima arată valori puțin mai ridicate decât normale. Prin aceasta, presiunea diferențială este constant micșorată,

mergând până la valori foarte scăzute — $3 - 2\frac{1}{2}$ și chiar $1\frac{1}{2}$ ceea ce pledează în favoarea unei atingeri serioase a miocardului și impune ca primă consecință terapeutică, tonifierea lui.

De altfel, aceste turburări sunt perfect superpozabile constatările, anatomo-patologice, care evidențiază, în cazurile cu evoluție letală, dilatația ventriculului drept, leziuni miocardice și stază circulatorie.

Probleme terapeutice

Regimul cu pudra de mere Aplona în tratamentul dizenteriei bacilare

de

Conf. Dr. Ion Gavrilă

Regimul cu mere crude în tratamentul diareelor acute și cronice la copii și la adulți a fost introdus de către Heisler și Moro în anul 1928. De atunci foarte mulți autori au aplicat terapia cu acest regim în tratamentul diareelor de toate originile și la toate vârstele, în general confirmând rezultatele bune inițiale, publicate de către autorii de mai sus. Începând cu anul 1931 noi încă utilizăm pe o scară apreciabilă regimul cu mere crude în tratamentul cazurilor de dizenterie bacilară și a altor diaree acute, atât la adulți, cât și la copii, cu rezultate mulțumitoare.

Totuși în aplicarea regimului cu mere crude câteodată întâmpinăm dificultăți importante. Iată câteva din aceste dificultăți în aplicarea acestui tratament:

1. Dela început regimul cu mere crude nu este ușor acceptat de către mulți lalci, chiar și de către unii medici nu este prescris bucuror, deoarece această metodă de tratament li se pare curioasă, pentru că în general poamelor crude nu se atribuie un efect bun în diaree, ci din contră se crede că ele ar fi cauza unor diaree.

2. La copii mici, sugari, într'adevăr cu toată bunăvoință din partea aparținătorilor este aproape imposibil de a reuși să se administreze cantitatea de mere necesară în vederea obținerii efectului dorit.

3. Merele rase dacă stau puțin iau un aspect de culoare închisă, ceea ce le face și mai respingătoare pentru unii bolnavi, cu toată bunăvoința lor de a le îngheri.

4. Alt mare inconvenient este că nu în toate sezoanele găsim mere potrivite pentru tratament.

5. În unele cazuri merele se evacuează complet nedigerate ceea ce face ca și efectul terapeutic să fie aproape nul.

Tocmai pentru a evita toate aceste inconveniente ale regimului cu mere crude s'a preparat o pudră de mere, numită *Aplona*, care este astfel preparată, ca produsul să conțină toate substanțele active din merele crude sub forma lor naturală, însă mai concentrată, astfel ca efectul terapeutic să fie identic, ca și cu merele crude. Avantajele importante ale regimului cu *Aplona* sunt:

1. Că preparatul este conservabil și-l putem avea oricând la dispoziție în orice anotimp.

2. Că este mai ușor de dozat și de manipulat în tratamentul bolnavilor.

3. Că este acceptat cu mai mare ușurință atât de către bolnav, de orice vârstă ar fi, chiar și sugari, după cum și de aparținătorii bolnavului, deoarece au în fața lor un preparat farmaceutic, care totdeauna inspiră mai multă încredere.

4. Că reprezintă o oarecare valoare nutritivă, un gram de *Aplona* având 4 calorii, deci în timpul tratamentului nu se produce o scădere prea importantă în greutate.

Preparatul *Aplona* este introdus deja de vr'o 10 ani în tratamentul diareelor acute și cronice cu etilogiile cele mai variate și la toate vârstele, obținându-se rezultate foarte bune de către toți autorii, care l-au aplicat.

Comunicările cele mai multe sunt făcute din documentul terapeuticel infantile, în turburările gastro-intestinale de natură toxico-infecțioasă ale copiilor, unde *Aplona* dă rezultate terapeutice excelente. Literatura asupra *Aplonei* este deja foarte bogată, după cum se constată din bibliografia dată la sfârșit.

Indicațiile pentru aplicarea *Aplonei* sunt ca și pentru regimul cu mere crude, toate diareele acute și cronice de orice etiologie și la toate vârstele: toxico-

infecții alimentare acute, dizenterii, colite dizenteriforme, febra tifoidă, paratifoală, colite cronice de putrefacție, de fermentație, diaree din unele boli generale (Basedow, tbc., diabet, etc.)

Modul de preparare și de aplicare. Se ia o linguriță cu vârf de *Aplona*, 5—6 gr. care se amestecă în 100 cmc lichid cald de 40—50° Celsius (apă fiartă, ceai slab rusesc sau de mușețel, zeamă de orez sau de fulgi de ovăș). Se lasă să stea lichidul 5—10 minute, în care timp se amestecă din când în când. Nu se adaugă zahăr, cel mult puțină zaharină. Nu se fierbe. Se administrează cald sau rece, aceasta din urmă formă de administrare mai ales la bolnavi cu temperatura mai ridicată.

Se administrează de 5—9 ori pe zi câte o astfel de porție după caz, la intervale regulate în curs de 24 de ore, aproximativ 25—50 gr. pe zi. Fiecare porție se prepară proaspăt.

Administram *Aplona* în acest fel timp de 1—4 zile. După acest timp reducem doza și intercalăm în regim și alte alimente: Supe de ovăș, de chimen, pesmeți, pâine prăjită, brânză de vacă, cacao, orez fiert, orez cu lapte, grs cu lapte, șuncă slabă, bulion, macaroane și foarte încet, progresiv și cu atenție se va trece la alimentația normală. Durata acestui regim de trecere este variabilă după caz, 3—10 zile.

Experiență personală. De vr'o 5 ani aplicăm și noi foarte des preparatul *Aplona* în multe cazuri de turburări gastro-intestinale, în dizenterii, colite dizenteriforme. Însă cele mai multe din cazurile noastre sunt de dizenterie, unele din ele confirmate și prin examenul bacteriologic, altele însă neconfirmate, unde diagnosticul a fost numai clinic.

Cazurile de dizenterie s-au prezentat cu simptomatologia clinică tipică a acestei boli: temperatură, scaune muco-sângvinolente, colice abdominale, tenesme, în unele cazuri simptome grave generale de deshidratare și de intoxicație.

Până în prezent am tratat cu *Aplona* 58 de astfel de cazuri cu simptome de dizenterie. Vârsta acestor cazuri a fost următoarea: între 2 și 5 ani 2, între 5 și 10 ani 4, între 10—15 ani 5, restul cazurilor între 15—45 ani.

Metoda noastră de tratament a fost următoarea: Imediat la intrarea în serviciu s'a făcut o purgare cu sare Karlsbad sau cu oleu de ricină, după aceea bolnavul a fost supus regimului cu *Aplona*, preparat și administrat în modul indicat mai sus. Principalul este în administrare de a se da cantitatea maximă de pudră, pentru că în acest fel se obțin rezultatele cele mai bune. Rezultate nesatisfăcătoare se înregistrează mai ales în cazurile, unde bolnavii iau cantitate insuficientă de preparat.

În timpul regimului cu *Aplona* bolnavul i s'a mai administrat ceai din abundență.

Durata regimului cu pudră de mere la copii a fost 2—3 zile, la adulți 3—4 zile, apoi prin regimul de trecere indicat mai sus am trecut progresiv la regimul mixt obișnuit.

În cazurile grave cu fenomene toxice, cu fenomene de deshidratare, cu simptome generale de insuficiență cardio-vasculară am aplicat și tratamentul general indicat de împrejurări: Injecțiuni subcutanate și intravenoase cu ser fiziologic, ser glicozat, cardiotonice. În 4 cazuri am aplicat și ser antidizenteric polivalent, 100 cmc pe zi, 3—4 zile consecutiv.

Rezultatele obținute în toate aceste cazuri au fost foarte bune. Toate cazurile s-au vindecat într'un timp mai mult sau mai puțin scurt. Toate simptomele dizenterice s-au ameliorat și au dispărut, unele din ele cu rapiditate destul de remarcabilă.

Temperatura în majoritatea cazurilor a scăzut la normal a 2-a, 3-a zi dela aplicarea tratamentului, în restul cazurilor a 4—6-a zi.

Starea toxică, prezentă în unele cazuri, s'a ameliorat destul de repede după instituirea tratamentului, uneori chiar extrem de repede și a dispărut complet în câteva zile.

Fenomenele de deshidratare se reduc și dispar destul de repede după începerea tratamentului.

Scaunele — înainte de tratament erau foarte frecvente, 10—50 pe zi, muco-sângvinolente. În cursul tratamentului se produce o ameliorare rapidă, frecvența scaunelor scade deja în prima zi de tratament, mucozitățile și sângele se reduc cu încetul, astfel că după 4—6 zile de tratament în majoritatea cazurilor ajungem la 1—3 scaune pe zi, formate sau semiformate, fără sânge, uneori încă cu puține mucozități.

Tenesmele și colicele abdominale se reduc treptat și în 3—7 zile dispar complet.

Ca exemple de unele cazuri foarte grave de dizenterie, vindecate prin acest tratament, lată câteva rezumate de fol de observații:

Obs. I. N. E. fetiță de 5 ani intră în serviciul de boli contagioase al Spitalului Public din Sibiu, la 9 August 1941. Copila este bolnavă de 4 zile, de când prezintă scaune diareice, muco-sângvinolente, dureri abdominale, temperatură.

La intrarea în serviciul toate aceste simptome sunt încă prezente, scaunele sunt diareice, muco-sângvinolente, 25 în 24 de ore. Temperatura este 37,5—38°, prezintă dureri abdominale și tenesme pronunțate, are o greață constantă și vărsături. Starea generală este rea, pulsul 130, moale, prezintă o adinamie pronunțată și o ușoară stare toxică, sunt prezente simptome pronunțate de deshidratare.

CAMPANIA ANTISIFILITICĂ

BISMJOCHIN 0.06

suspensie

BI METALIC PE 2 CMG

BISMOLIP 0.05

soluție

BI METALIC PE 1 CMG

HEXABI 0.06

soluție

BI METALIC PE 1 CMG

FABRICA HYGEA CLUJ S.A.R BUCUREȘTI

Pentru prepararea laptelui Calcie

CALCILACTIN

„SAPIC“ TABLETE

Calcilactin I

Calcium lacticum

Amyl. oryzae

Alimentație suplimentară
și medicală pentru sugari
dispeptici și diareici

Calcilactin II

Calcium lacticum

Amyl. maidis

Amyl. oryzae

Zahăr

Alimentație suplimentară
pentru sugari constipați
Alimentație de durată
ideală pentru sugari

Mostre și literatură trimite la cerere :

Departamentul științific „SAPIC“

București VI — Str. Cazărmei Nr. 89

Nervinotonic și Sedativ

NEUPON \ Dr. Wander

SIROP ȘI DRAGEURI

Pe bază de: Glicerofosfați de Calciu, Magneziu și Sodiu
Bromuri de Sodiu și Amoniu

Regenerează țesuturile nervoase și calmează hiperexcitabilitatea
sistemului nervos

Mostre și literatură trimite la cerere :

Dr. WANDER S. A. - Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

București VI — Str. Cazărmei Nr. 89

În fața acestui tablou stabilim diagnosticul clinic de dizenterie și aplicăm imediat următorul tratament: regim cu pudră de mere *Aplona*, de 7 ori 5 gr., în curs de 24 de ore 35 gr., pe lângă acesta se administrează cealu cu zaharină din abundență, cardiotonice în injecții (veritol, oleu camforat, cardiazol), o injecție cu 250 cmc ser fiziologic subcutanat.

A 2-a și a 3-a zi se dă aceeași cantitate de *aplona*, cardiotonice, se mai adaugă supă de orez, de chimlin, orez.

A 4-a și a 5-a zi se dă de 4 ori 5 gr. *Aplona* (25 gr.), supe de grîs, orez, chimlin, zwlebac, pâine prăjită.

În acest timp starea copilului se ameliorează progresiv, scaunele devin mai rare, devin consistente, fecaloide, astfel că în a 6-a zi dela începutul tratamentului devin de aspect aproape normal, odată pe zi. În același timp se ameliorează și starea generală, temperatura devine normală, pulsul la fel, dispar fenomenele de deshidratare. E realimentată în mod progresiv cu grîs, orez, macaroane, pâine prăjită, caș, pireu de legume.

Fenomenele n'au mai recidivat. După alte 7 zile pleacă acasă vindecată.

Obs. II. I. L. de 21 de ani, femeie, intră în serviciul de boli contagioase al Spitalului Public, la 10 August 1941, stabilindu-se diagnosticul clinic de dizenterie, în a 5-a zi de boală.

La intrarea în serviciul bolnava prezenta 28 de scaune diareice pe zi, muco-sângvinolente, avea colice abdominale dese, tenesmi însemnat și temperatură neregulată. Starea generală era ușor alterată, prezenta fenomene generale toxice de intensitate redusă, ușoare fenomene de deshidratare.

Imediat după intrarea în serviciu se face o purgare cu sare de Karlsbad, apoi se instituie un regim cu *Aplona*. În primele zile primește de 5 ori 8 gr. pe zi, 40 gr. în total în 24 de ore și cealu cu zaharină. În următoarele 3 zile se dă doză mai mică de *Aplona*, 20—30 gr. pe zi, mai adaugându-se la regim supă de orez, grîs, chimlin, orez, zwleback. În acest timp starea bolnavei s'a ameliorat progresiv, scaunele s'au rarefiat, sângele și mucozitățile au dispărut treptat, în a 6-a zi de tratament scaunul a devenit format. După aceea bolnava a fost realimentată în mod progresiv cu făinoase, pireuri de legume, caș, carne tocată și tulburările n'au mai recidivat. După 8 zile dela începutul tratamentului bolnava a părăsit serviciul vindecată.

Obs. III. T. I. femeie de 23 de ani, intră în serviciul de boli contagioase al Spitalului Public din Sibiu în 11 II 1942, cu simptome clinice ale unei dizenterii extrem de grave. Este bolnavă deja de 8 zile.

La intrarea în serviciu prezenta următoarea stare: temperatura 37,5—39°, scaune muco-sângvinolente foarte dese, tot la 20—30 minute, vărsături, dureri abdominale și tenesme intense. Starea generală era extrem de

alterată: exista fenomene generale toxice foarte pronunțate, pulsul filiform, ipotonic, tensiunea arterială 6—9 V. L., fenomene intense de deshidratare generală, țesutul celulo-adipos foarte redus, aproape dispărut, pielea uscată, globii oculari căzuți în orbite, pometele injectate, bolnava este foarte dinamică, nu se poate ridica din pat, este în ușoară stare de somnolență.

Având în vedere starea foarte gravă a bolnavei se începe imediat un tratament foarte energic: se instituie un regim cu *Aplona*, de 7 ori 6 gr. pe zi, cealu, supă de orez, de chimlin, cardiotonice în injecții tot la 3—4 ore (veritol, oleu camforat, cardiazol) infuziuni subcutanate cu ser fiziologic, 500 cmc. pe zi. Concomitent administram și câte 100 cmc. ser antidizenteric polivalent pe zi intramuscular.

Timp de 4 zile se menține acest tratament și starea bolnavei persistă încă constant foarte gravă. Numai după acest timp starea bolnavei începe de a se ameliora foarte încet. Starea generală devine mai bună, se reduc și dispar cu încetul fenomenele toxice, se ameliorează fenomenele de insuficiență cardio-vasculară periferică. Scaunele nu mai sunt de o frecvență așa de mare, tenesmul și durerile abdominale devin de intensitate mai redusă. Dispare temperatura.

Se dă *Aplona* mai departe încă 4 zile, în doze de 20—30 gr. pe zi, mai adaugându-se la regim în mod progresiv și făinoase: orez, grîs, apoi macaroane, biscuiți, pâine prăjită, caș, mai târziu pireuri de legume. Cardiotonicele se mai administrează în 2 injecții pe zi. Abia după 10 zile de tratament se constată o ameliorare evidentă în starea bolnavei, când se poate ridica deja din pat și țesuturile încep a se reface în mod evident, și acum mai prezintă 4—5 scaune pe zi, semiformate cu mucozități fără sânge. Face și boala serului în a 7-a zi după administrarea serului. Totuși ameliorarea și refacerea bolnavei odată începute urmează apoi progresiv, însă a durat timp mai îndelungat, abia după 30 de zile dela începutul tratamentului a părăsit serviciul vindecată.

Mecanismul de acțiune. În ce privește mecanismul de acțiune al regimului cu mere sunt mai mulți factori cari joacă rol aci: după *Moro* efectul bun se datorește conținutului în acid tanic al regimului, care prin efectul său adstringent formează o membrană protectoare a mucoasei intestinale față de toți agenții externi (microbieni, mecanici, chimici).

Heisler crede că acțiunea favorabilă a regimului se datorește mai mult acțiunilor organice din mere, cari acționa fie direct asupra florei microbiene din intestin, fie prin intermediul modificării concentrației hidrojeni ioniilor de aci. Se crează în acest fel condiții de dezvoltare neprielnice pentru flora microbiană și în cele din urmă această dezvoltare este complet îndeplinită.

Ambii acești autori dau importanță deosebită și factorului mecanic al regimului cu mere, care prin elementele sale constitutive formează o masă spongioasă, care curăță intestinul în mod mecanic de substanțele nocive și absoarbe toxinele de aci.

Malyoth este de părere, că un rol important, dacă nu principal în acțiunea bună a regimului, îl joacă substanța pectică, un derivat de celuloză, care se găsește în mere aproximativ într-o proporție de 5%. Această pectină este compusă dintr-o moleculă foarte mare și complexă și ar interveni în acest mecanism printr-un rol de substanță tampon și de menținere a echilibrului colorizilor celulari. Sărurile de calciu și de magneziu din pectină intervîn probabil nu numai ca substanțe tampon, ci însă și direct prin faptul că conțin ioni de calciu și magneziu, care diminuează peristaltismul intestinal.

Malyoth a demonstrat că un regim cu *Aplona*, din care s'au eliminat pectinele pe cale fermentativă cu ajutorul unor preparate de fermenți (celulază, hemicelulază), nu prezintă nici o acțiune favorabilă asupra diareelor, în schimb efectul bun se manifestă îndată, ce *Aplona* este administrată nemodificată.

Pe de altă parte preparatele de pectine, izolate, și administrate în cazuri de diaree, nu au nici un efect favorabil, sau în orice caz au un efect foarte redus față de cel obținut cu regimul de *Aplona*. *E. Frank* a demonstrat, că preparatele de pectine izolate nu pot înlocui regimul cu *Aplona* în tratamentul diareelor și că acțiunea bună terapeutică a regimului cu *Aplona* se bazează pe acțiunea complexă a pectinelor, asociate cu alți factori curativi din mere.

După unii autori ar interveni în acest mecanism de acțiune conținutul merelor în vitamine (A, B, C), rolul vitaminelor în combaterea infecțiilor și a turburărilor digestive fiind subliniat de acești autori.

Însă este sigur, că mecanismul de acțiune al acestui regim este foarte complex, în care intervîn foarte probabil toți factorii înșirați mai sus.

Concluziuni. Autorul a tratat mai multe cazuri de diaree acute la copii și la adulți cu preparatul de pudră de mere, *Aplona*. Între cazurile tratate 58 au fost cu simptome clinice de dizenterie. Din experiența câștigată rezultă, că acest tratament are un efect foarte bun în aceste diaree acute, toxo-infecțioase, în general vindecarea cazurilor producându-se destul de repede. Condiția unui bun rezultat este mai ales de a administra cantitate suficientă de preparat. Tratamentul va fi asociat și de celelalte metode terapeutice impuse de starea bolnavului.

SECȚIA DE BOLI INFECȚIOASE A CLINICEI MEDICALE I
Director: Prof. Dr. I. Hațieganu

SERVICIUL DE CONTAGIOȘI DIN SPITALUL PUBLIC SIBIU
Medic primar: Conf. Dr. I. Gavrila

Bibliografie

Baumann Th.: Das chemische Stuhlbild und die Darmfunktion der Säuglinge und Kleinkinder bei Abfalkost. Klin. Wschr. 1932, Nr. 30.

Basch F.: Die Behandlung akuter und chronischer Enotritiden im Kindesalter mittels Rohapfel und Apfel pulver. Wiener Med. Wschr. Nr. 50, 1931.

Duken J.: Die Bedeutung der Apfel- und Früchte-Rohkostbehandlung im jungen Kindesalter. Therapie der Gegenwart. Dez. 1938.

Frank E.: Erfahrungen über die Behandlung von Durchfallserkrankungen im Kindesalter mit Aplona und Pektin. Dtsch. Med. Wschr. 1938, Nr. 35.

Gavrila J.: Regimul cu mere crude în dizenteria bacilară la adult. Mișcarea Medicală Română 1933, Nr. 7-8.

Gutzeit K.: Kritische Betrachtungen zur Therapie der Bazillenruhr. Therapie der Gegenwart. 1940, H. 5 S. 161.

Gebhardt W.: Vergleichende Untersuchungen über die stypische Wirkung von Pektin, Tannalbin und Aplona. Kl. Wschr. 1935, Nr. 41.

Heisler u. Kohlbrügge: Rohe Apfeldiät bei diarrhoeischen Zuständen im Kindesalter und bei Erwachsenen. Kl. Wschr. 1930, S. 408.

Hübner K.: Innere Medizin und Hautkrankheiten. Wiener Kl. Wschr. 1937, Nr. 39.

Helmerich E.: Die Behandlung der infektiösen Darmkatarrhe. Mitt. des Volks. gesundheitsamtes, Nr. 1, 1933.

Lauda E.: Die Diättherapie der Enterocolitis. Wiener Kl. Wschr. 1936, Nr. 2.

Leffkowitz M.: Behandlung diarrhoeischer Zustände besonders im Säuglingsalter mit Apfelpulver. Ter. der Gegenw. H. I., 1932.

Malyoth G.: Zur Vorstellung über die Wirkung der Apfeldiät. Kl. Wschr. Nr. 25, 1931. — Kurzer analytischer Vergleich von Frischapfel mit Apfelpulver (Aplona) Kl. Wschr., Nr. 27, 1931. — Das Pektin, der Hauptträger der Wirkung bei der Apfeldiät. Kl. Wschr. Nr. 2, 1934.

Moro: Zwei Tage Apfeldiät, zur Behandlung diarrhoeischer Zustände im Kindesalter. Kl. Wschr. 1929, Nr. 52.

Mousson: Les pommes crues dans le traitement des diarrhées. Presse Médicale 1937, Nr. 51.

Orevicicanu și Lăzărescu: Tratamentul diareelor la copii mici cu Aplona. România Medicală, 1933, Nr. 13-14.

Popoviciu G. și Benetato: Contribuțiuni la tratamentul turburărilor digestive paranterale ale copiilor prin regim de mere. Clujul Medical 1931, Nr. 4.

Schmitts E.: Über die Anwendung der Aplona-Diät in der Praxis. München Med. Wschr. 1938, Nr. 31.

Woit K.: Zur Behandlung des blutenden Ulcus Ventriculi und Duodeni mit Aplona. Mch. Med. Wschr. 1937, Nr. 27.

Voss E.: Zur Wirkungsweise der Apfeldiät. Zeitschr. f. Kinderheilk 1937, Bd. 59.

Wolff: Aplona, eine Vereinfachung und Verbesserung der Heisler-Moro Apfeldiät. Dtsch. Med. Wschr. 1931, S. 2178.

RÉSUMÉ

Le regim par Aplona dans le traitement de la dysenterie

L'auteur a traité plusieurs cas de diarrhées aiguës chez les enfants et chez les adultes par le produit de poudre de pommes, Aplona. Entre les cas traités 58 ont présenté des symptômes cliniques de dysenterie. De l'expérience faite il résulte que ce traitement a un effet très bon dans ces diarrhées aiguës toxo-infectieuses; généralement

la guérison se produit assés rapidement. La condition essentielle d'un bon résultat est d'administrer une quantité suffisante de produit.

ZUSAMMENFASSUNG

Aplona-Diät in der Behandlung der Ruhr.

Der Verfasser hat mehrerer Fälle akuter diarrhoischer Zustände bei Kindern und Erwachsenen mit dem

Apfelpulver-Präparat „Aplona“ behandelt. Zwischen diesen Fällen waren 58 mit klinischen Ruhsymptomen. Aus den gemachten Erfahrungen geht hervor, dass diese Behandlungen sehr gute Ergebnisse in den akuten infektiösen Ruhrfällen ergibt: im Allgemeinen vollzieht sich die Heilung in diesen Fällen ziemlich rasch. Die Hauptbedingung zur Erreichung eines guten Resultats ist die, eine genügende Menge des Präparats zu verabreichen.

Studiu critic asupra tratamentului operator al fisurilor labiovelopalatine (buză de epure și gură de lup)

de

Dr. C. Oprișiu

Sunt puține malformațiunile pentru tratamentul cărora s'au imaginat atâtea metode operatorii ca pentru fisurile feței. Dorința de originalitate cât și insuficiența metodelor existente, a îndemnat pe mulți chirurghi să propună procedee noi, mai mult sau mai puțin inspirate din cele existente — vechi sau recente — și să le dea un aer de originalitate. Principiile de bază ale acestor metode nu sunt totdeauna ireproșabile, iar posibilitatea de execuție tehnică cu atât mai puțin.

Cu ocazia unei recente călătorii de studii în Germania, am avut posibilitatea să frecventez diferite clinici și spitale de specialitate și să îmi însușesc tehnicile moderne. Materialul deosebit de bogat, care mi-a stat la dispoziție, mi-a permis să-mi dau seama de valoarea reală precum și de indicațiile fiecărei metode în parte.

În expunerea de mai jos nu mă voi ocupa decât de procedeele moderne, iar cele învechite care au avut totuși un rol important în dezvoltarea acestora le voi aminti foarte succint. Voi da o mai mare atenție metodei lui Veau care este importantă prin originalitatea cât și prin rezultatele ce le dă. El afirmă că: „În buza de epure ca în toată malformațiunea congenitală nu este țesut în minus după cum nu este nici țesut în plus“. Totul este acolo doar deformat, deplasat printr-o evoluție anormală.

Înainte de-a discuta metodele operatorii, voi trece succint în revistă câteva noțiuni, de altfel notorii, despre etiopatogenia buzei de epure și gurii de lup.

La embrionul de 4—5 săptămâni (9—10 mm. lungime) gura este limitată lateral de mugurii maxilari superiori, perechi, în timp ce maxilarul inferior este unit pe linia mediană la această vârstă. Între mugurii maxilari superiori se dezvoltă mugurele frontal care la rândul său se împarte în doi muguri nasali: intern și extern. Între cei doi muguri nasali avem șanțul olfactiv,

iar între mugurele maxilar superior pe de o parte și mugurii nasali intern și extern pe de altă parte, se găsește șanțul lacrimal sau oculonasal. În porțiunea anterioară a acestui șanț — delimitată de mugurele maxilar superior și nasal intern — va fi localizată fisura ulterioară labială și osoasă. Formarea buzelor are totuși loc mult mai târziu. Embrionul de opt săptămâni are o fisură palatină fiziologică, ce se întinde până la gaura palatină anterioară. Ea se închide prin unirea dinainte înapoi, pe linia mediană, a pliurilor palatine. Fuziunea aceasta având loc abia la embrionii de 35 mm. (Veau).

Lipsa coalescenței mugurilor maxilari cu mugurii frontali cât și lipsa coalescenței pliurilor palatine la nivelul palatului moale și dur ne va da fisuri așa zise tipice, pe când fisurile care apar la un nivel unde nu se întâlnesc astfel de șanțuri în viața intrauterină se numesc atipice. Fisurile oblice sunt atipice, traectul lor față de căile lacrimale fiind foarte variabil (Ask și Hoewe).

Existența fisurilor atipice cât și faptul că teoria clasică a dezvoltării feței pe socoteala mugurilor frontali și maxilari nu ne poate explica anumite fapte anatomice a făcut pe Veau să susțină că pe fața embrionilor de 10 mm. nici nu ar exista șanțuri ci numai riduri superficiale, repede șterse de creșterea mezodermului subjacent. De fapt anomalia nu se limitează la lipsa sudurii mugurilor, deci la formarea unei fisuri, ci interesează și țesuturile care limitează șanțul embrional respectiv. Veau și Politzer studiind embrionii de 23—24 mm. au ajuns la concluzia scăderii puterii dinamice a țesutului conjunctiv. Peretele epitelial care într'un stadiu precoce unește sacul olfactiv cu epiteliul suprafeței corporale nu este străbătut, ca în mod normal, de țesut conjunctiv și prin ruperea lui în urma creșterii feței se va produce fisura (Fleischmann și Pohl-

mann). Țesutul mezodermic va forma, în mod normal, tot palatul primar (buză și schelet) între piele și gaura palatină anterioară. Nedesvoltarea acestui țesut mezenchimatos va avea ca urmare buza de epure, prin ruperea peretelui epitelial. Fisura palatului va avea loc mult mai târziu, prin nedesvoltarea pliurilor palatine, deci Veau distinge două procese deosebite ca mecanism de producere și timp de apariție. 1. (Malformațiunea palatului primar la embrioni de 10 mm. și 2), malformațiunea palatului secundar la embrionii de 30 mm. (finea lunii II-a). Prima este o fisură laterală, pe când a doua este mediană.

În ce privește etiologia acestor fisuri se poate afirma că nu cunoaștem factorii care împiedică evoluția normală a țesuturilor la acest nivel. Se admite existența mai multor factori exogeni și endogeni. Factorul exogen cel mai ușor de incriminat, dar mai puțin probabil sunt bridele amniotice, care ar împiedica unirea mugurilor clasici din care ar trebui să se desvolte fața. Această teorie însă nu ne poate explica de fisurile complete sunt mai frecvente ca cele incomplete și nici localizarea mai frecventă în stânga. Admițând această teorie ar trebui să întâlnim aceeași frecvență în dreapta ca și în stânga și în deosebi ar trebui să fie mai frecventă fisura incompletă — labială — decât cea labiopalatină. Realitatea este contrară acestei teorii, fisura unilaterală totală fiind cea mai frecventă (476‰₀₀ Veau), cu o localizare de predilecție în stânga (3:2).

Cu mai multe șanse de adevăr se prezintă teoria endogenă — ereditară. Apariția mai frecventă în unele familii, adesea însoțită și de alte malformațiuni din cele mai variate denotă caracterul ereditar al ecestei malformațiuni. După statisticile mai vechi ereditatea este incriminată în 20‰ din cazuri, pe când după statisticile noi se incriminează ereditatea în 44—50‰. Ea prezintă caracterul dominant în 25‰ din cazuri și recesiv în 75‰, fără să fie legată de sex (Schröder).

Studiul gemenilor a permis să se stabilească în unele cazuri originea endogenă, germinală, iar în altele o origine exogenă necunoscută.

Inclinarea la malformațiuni este ereditară în familie dar felul anomaliei la diferiții membri ai aceleiași familii poate varia în diferitele generații. Verosimil etiologia acestei malformațiuni nu este unitară; în unele cazuri ar fi o mutațiune a plasmiei germinale, iar în altele ar fi factori exogeni a căror natură n'a putut fi încă stabilită.

Caracterul ereditar al acestei malformațiuni pe de o parte, rezultatul anatomic și funcțional bun al intervențiilor moderne pe de altă parte, permițând căsătoria acestor țarați, favorizează creșterea frecvenței acestor anomalii. Dat fiind că îngrijirea și tratamentul acestor țarați înseamnă o sarcină considerabilă pentru societate, în Germania s'a pus problema sterilizării

purtătorilor acestor anomalii. Prin acesta medicina care transformă acești monștri în elemente utile societății, împiedică reproducerea lor și deci grevarea bugetului cu sumele necesare ospitalizării descendenților acestora. Nu toți autorii sunt însă pentru sterilizarea tuturor acestor țarați. Astfel Axhausen susține că numai fisura bilaterală totală este o indicație pentru sterilizare, deci abia 10—12‰ din cazuri după statistica lui Veau. Ernst susține că fisura velopalatină cât și buza de epure nu sunt *nici afecțiuni ereditare și nici anomalii corporale grave*, deoarece apariția aceleiași anomalii la două sau mai multe persoane din aceeași familie nu denotă în mod necesar ereditatea, iar prin tratamentul chirurgical precoce, obținându-se raporturi normale, ideea de anomalie gravă corporală nu mai poate fi susținută. Totuși și el admite aplicarea legii, în cazurile în care ereditatea este dovedită și indivizii respectivi sunt deficienți atât din punct de vedere psihic cât și fizic. Turburările psihice sunt mai puțin studiate, totuși în genere purtătorii fisurilor labio-velo-palatine sunt din punct de vedere mintal sub medie. Veau—Borel—Meisony, constată 1‰ idiotați, 5‰ debili mintali, 60‰ arierați mintali.

Unii autori (Cadenat, Rosselli, Burian) incriminează un deranj în organizarea vascularizației arteriale a extremității cefalice în etiologia acestor anomalii.

Rolul patogenetic al sifilisului n'a putut fi dovedit.

Acum câteva cuvinte despre principiile care stau la baza metodelor operatorii. Vom trece în revistă doar acelea care au contribuit la desvoltarea metodelor moderne și care s'au bucurat de o mai largă răspândire.

Langenbeck aviva părțile moi pe întreaga întindere a fisurii, le mobiliza de pe scheletul osos și le unia pe linia mediană. Lambourile treceau ca o punte peste fisură. Nefăcând însă sutura mucoasei planșeului nazal și strivind musculatura vâului palatin, rezultatele fonetice erau rele chiar în cazurile norocoase, în care se obținea un rezultat chirurgical mulțumitor.

Mirault și Malgaine, primul lăsa roșul de buze mai lung într-o parte și sacrifica mai mult din partea opusă, iar al doilea lăsa roșul de buze de ambele părți ceva mai lung; nu făceau decât o simplă unire a marginilor fisurii. Marele neajuns al acestor procedee este nesiguranța reușitei, iar în caz de reușită efectul cosmetic este deosebit de disgrațios în cazurile de fisură completă. Rămânea un orificiu în planșeul nasal, aripioara nasală deviată înafară, iar septul extramedian. Spre a preveni dehiscenta suturilor s'au luat diferite măsuri măbind suprafețele de contact (Hagedorn, Jalaquier, König). Rezultatul acestor incizii complimentare este departe de a fi satisfăcător, cauzând cicatrici care stricau aspectul normal al buzei. În procedeul lui Hagedorn, care este întrebuintat și astăzi de unii nespecialiști — pe lângă cicatricile deosebit de evidente —

se mai produce și o alungire a buzei, foarte dizgrațioasă. În fisura bilaterală Hagedorn sacrifică roșul de buze din porțiunea mediană corespunzătoare filtrului și deci provoacă un defect de substanță pe care trebuie să-l acopere cu lambouri din vecinătate. Dehiscentele totale sunt rare la această metodă, dar în schimb cu atât mai frecvente sunt dehiscentele parțiale în deosebi la locul de unire a lambourilor laterale. Dacă aceste dehiscente mutilează bolnavul nu-i mai puțin adevărat că și în caz de reușită completă buza are un aspect nemulțumitor. Buza superioară este întinsă și alungită ca o pungă, cu o cicatrice multiunghiulară. Pierderea roșului de buze dela nivelul flirtului se evidențiază cu vârsta, roșul buzei superioare fiind subțire și răsturnat înăuntru. Profilul buzei superioare este alterat. Compresiunea cicatricială a maxilarului superior va împiedeca dezvoltarea normală a acestuia, cauzându-se o pseudo-progenie. Copilul e mutilat iar turburarea articulației va avea ca urmare imposibilitatea masticăției.

Procedeul lui Lindemann bazat pe ideia preconizată deja de mult de Diffenbach, de a acoperi fisura cu lambouri aduse din părțile laterale fete complet părăsit fiind prea mutilant. Este analog procedeul lui Lorenz, care încă este indicat pentru defecte de substanță, pe când în buza de epure nu avem o lipsă de substanță.

S'a căutat să se micșoreze fisura osoasă prin metode brutale, lipsind la o vârstă fragedă dinții care ar fi permis o apropiere prin mijloace ortodontice. În caz de fisură bilaterală s'a dislocat intermaxilarul, împingându-l înapoi după secționarea submucoasă a vomerului (Bardeleben). Rezultatul acestei intervenții este o importantă alterare a profilului, în deosebi bine pusă în evidență de Veau. În genere intervențiile pe schelet au provocat anomalii maxilare, fără să-și ajungă scopul propus. Ele sunt perfect inutile, căci simpla unire a părților moi dă o vindecare perfectă și *nu există fisură osoasă care să nu permită unirea părților moi sau care să rămână refractară unirii părților moi* (Axhausen). Procedeul lui Brophy, care căuta să apropie forțat marginile osoase, este dezastruos. „Este o binecuvântare că această metodă care acționează asupra oaselor și arcadei dentare acum este părăsită complet (Axhausen)“.

Singură, unirea părților moi, după metodele recente, dă o vindecare perfectă, iar chirurgii care mai atacă scheletul osos, în scopul de a apropia cele două margini ale fisurii n'au altă scuză decât necunoașterea tehnicilor moderne și faptul de a nu-și fi dat osteneală să controleze dezastrele tardive provocate nu de malformațiune ci de actul lor operator. Incercările de a combate tracțiunea părților moi prin benzi de emplastru, fie trecute direct dintr-o parte în alta, fie prin intermediul unor arcuri (Logan), n'au dat rezultat.

Americanii V. P. Blair și I. B. Brown au perfecționat metoda lui Mirault, mobilizând pe o mare întindere părțile moi și pe partea internă a fisurii. Prin aceasta obțin o narină bine formată și evită asimetria. Metoda lor este însă puțin încetățenită în Europa. Autorul care a revoluționat tratamentul operator al acestor fisuri este Veau. Axhausen afirmă că „orice lucrare care se ocupă cu plastia fisurilor trebuie în primul rând să ia poziție față de metoda lui Veau. Ea se bazează pe o experiență care depășește cu mult pe a tuturor celorlalți chirurgi“. El obține o buză aproape totdeauna normală, cu un frumos arc Cupidon dar nu obține narină normală în buza de epure unilaterală totală. Nasul va necesita o corectură cosmetică ulterioară la adult. Atrage însă atenția asupra primejdiei de a ataca marginea internă a fisurii — septul nasal. Devierea septului nasal, după Veau așteaptă soluționarea. Dacă se face o mobilizare a părții mediane, așa cum fac americanii Blair și Brown se poate aduce și septul deviat în spre linia mediană.

Metodei lui Veau i se poate reproșa că în partea anterioară a palatului dur rămâne un orificiu din cauza că planșeul nasal e format numai din mucoasa nasală iar lamboul bucal — palatinal — în partea anterioară nu ajunge până la apofiza alveolară. La nivelul trecerii palatului dur în vâlul palatului de asemenea rămâne adesea un orificiu a cărui închidere ulterioară nu este prea anevoioasă. Închiderea per secundam intentionem a acestui orificiu, dă o cicatrice retractilă, care adesea produce o scurtare însemnată a vâlului palatin. Această scurtare are consecințe fonetice supărătoare. Veau susține că lobul median ar fi muscular steril și sacrifică mucoasa lobului median sau în caz de fisură unilaterală mucoasa lamboului intern. După Veau musculatura lamboului lateral ar pătrunde în lobul median și i-ar da forma normală. Unirea celor două lambouri făcându-se printr'un țesut cicatricial, este puțin verosimil că fibrele musculare ar putea trece printr'o cicatrice. E mult mai probabil că după refacerea inelului muscular al orbicularului buzelor impulsul funcțional va provoca hipertrofia musculaturii autohtone. Deci este de prisos să se jertfească mucoasa lobului median sau în caz de fisură unilaterală mucoasa lamboului intern. O pierdere oricât de limitată de țesuturi la sugari, reprezentând o pierdere considerabilă la adult și în plus mai poate influența în mod defavorabil dezvoltarea ulterioară a maxilarului superior.

Axhausen definește o bună plastie a fisurilor feței în modul următor: „Unirea simplă a părților moi, rațional avivate, în ordinea dată de natură“. Nu se va jertfi deci nici cea mai neînsemnată cantitate de piele sau mucoasă din avivarea lor. Toată intervenția limitându-se la părțile moi, va evita orice atingere a scheletului. El consideră procedeul lui Langenbeck, la în-

chiderea fisurii palatine, superior procedeul lui Veau. Acesta din urmă formează lambouri în punte, fixate la ambele extremități, pe care le unește pe linia mediană, dar renunță la închiderea fisurii palatine în cursul plastiei buzei. Axhausen susține că e suficient să se închidă la sugă partea anterioară a fisurii, adică: buza, planșeul nasal și vestibulul, deci el se mulțumește să închidă la sugă, fisura numai până la creasta alveolară. Lăsând închiderea palatului dur pentru actul doi operator, se poate evita orificiul care adesea rămâne după operația lui Veau.

Ernst mobilizează peretele lateral al faringelui și fibromucoasa palatină de pe ambele lame palatine. E deci incomparabil mai traumatizantă decât metoda lui Veau. Nutriția lambourilor se face la Ernst prin capilare, căci el sacrifică arterele palatine de ambele părți.

Dificultatea închiderii planșeului nasal într'un singur strat (procedeul lui Veau) a determinat pe Wassmund să propună o metodă în care planșeul nasal se reface din două strate de mucoasă nasală: Un lambou vomerian, iar altul din mucoasa peretelui lateral al fosei nasale cât și din porțiunea anterioară a cornetului inferior. Metoda aceasta este însă nefiziologică, deoarece ea combate o anomalie provocând o altă anomalie. Suprafața septului rămasă fără mucoasă va trebui să se epitelizeze secundar prin granulație. Țesutul acesta cicatricial, deosebit de supărător în fisura bilaterală, va fi o piedecă în dezvoltarea septului cartilaginos. Rezultatele tardive nu pot fi precizate, metoda fiind relativ recentă, dar nu-i mai puțin adevărat că desavantajii importante se evidențiază de pe acum. Astfel astuparea narinei prin lamboul format de cornetul inferior, care nu se poate întinde exact pe vomer, este un neajuns relativ frecvent. Wassmund reface un planșeu nasal mai rezistent dar încă nu se poate spune dacă acest avantaj nu este depășit de alte desavantajii încă insuficient cunoscute. Acestea când execuția tehnică nu lasă nimic de dorit. Nu sunt însă excepționale cazurile când se perforază septul cartilaginos cu ocazia preparării lamboului mucos și deci turburările de dezvoltare acestuia vor asigura un nas deformat pentru întreagă viața. În cazurile operate și reoperate fără succes, când în locul unui vâl palatin cu o musculatură bine dezvoltată, mobil, vom avea un vâl rigid, cicatricial; spre a evita neajunsurile unei voci nasonate din cauza scurtimii exagerate a vâlului palatului, se recurge la diferite procedee plastice care au de scop alungirea vâlului sau micșorarea diametrelor faringelui. Operațiunile mai des utilizate din acest grup sunt: faringoplastia lui Schönborn perfecționată de Rosenthal și operațiunea lui Sanvenero Rosselli, care princial diferă puțin de prima. Ambele procedee constau în formarea unui lambou musculomucos de pe peretele posterior al faringelui și coaserea lui în vâlul palatin refăcut. Aceste procedee sunt însă nefi-

ziologice și dacă într'un mic procent din cazuri dau rezultate mulțumitoare, în marea majoritate a cazurilor sunt mult prea departe de speranțele legate de ele. Vindecarea per primam intentionem, fără necroza marginilor lamboului faringian este destul de rară și deci apariția de găuri de dimensiuni variabile va reduce mult valoarea acestor procedee operatorii.

Mai fiziologică ni se pare deplasarea vâlului palatin (latin înapoi, deși executarea practică a acestei plastii bine descrisă de S. Rosselli și de alți autori înaintea lui) nu este totdeauna realizabilă. Ea este limitată de cordonul vasculonervos al arterei palatine și nervului palatin cât și de greutatea mobilizării mucoasei nasale de pe bolta palatină. Acest procedeu poate da bune servicii în cazurile unde se urmărește o deplasare limitată de abia câțiva mm. De altfel un rezultat analog putem obține făcând o incizie de-a-lungul plicei lui Passavant și făcând sutura perpendicular pe planul inciziei (S. Rosselli).

Toate aceste procedee denotă că deși chirurgia modernă a făcut progrese considerabile în acest domeniu, totuși încă nu dispunem de mijlocul ideal spre a transforma acești monștri în indivizi perfect normali.

În ce privește șansele de reușită, succesele vor fi cu atât mai bune cu cât operația se face într'o vârstă mai fragedă. În cazurile în care elasticitatea Țesuturilor a fost redusă prin intervenții anterioare nereușite și în locul mucoasei normale nu mai dispunem decât de un Țesut cicatricial șansele vor fi cu atât mai mici cu cât intervenția anterioară a fost mai întinsă și a sacrificat mai mult din părțile moi. Dacă operatorul respectiv a atacat și scheletul rezultatul noii intervenții va fi și mai problematic: În genere Țesutul cicatricial se pretează extrem de puțin pentru plastii și dacă o buză rău operată se poate „relativ ușor” reopera și corija, nu tot astfel stau lucrurile în cazul palatului moale și dur.

Intervențiile care sacrifică mult din părțile moi au o consecință cosmetică supărătoare, în deosebi evidentă la buza superioară, care rămâne în urmă cu dezvoltarea și în locul unei buze cu un arc Cupidon normal, vom avea o pungă întinsă ca o perdea peste maxilarul superior, atrofic, prea mic și el ca să poată articula cu mandibula. În schimb buza inferioară de dimensiuni normale, vor proemina în mod cu totul disgrațios.

Aceasta se va putea ameliora prin operația lui Abbé, care constă în transplantarea unui lambou recoltat din buza inferioară în cea superioară. În acest fel se mărește volumul buzei superioare și totodată se reduce cea inferioară care nu va mai proemina ca un cârnat. Raportul maxilarelor se va putea și el ameliora mult prin procedeul lui Costeck. Acesta constă în rezecția subcutanată a ramurilor ascendente ale man-

dibulei și apoi se va fixa în poziție corectată, bineînțeles în vederea acestei intervenții dinții vor trebui să sufere în prealabil un tratament ortodontic.

Prin aceste procedee se vor putea ameliora în toate cazurile și chiar vindeca într'un mare procent purtătorii unei astfel de malformațiuni.

Înainte de-a încheia vom aminti cuvintele marelui maestru francez Veau care afirmă că o „fisură palatină nu se operează așa ușor cum se extirpă un uter sau un segment intestinal”, deci e recomandabil ca aceste operațiuni să nu fie întreprinse decât de specialistul care s'a dedicat în mod deosebit acestor metode delicate și anevoioase și nu vor fi încercate, ocazional, de oricare dentist sau chirurg general. Afirmăm acest lucru deoarece chirurgul — nefamiliarizat cu aceste intervenții poate mutila definitiv purtătorul unei astfel de anomalii, relativ ușor de vindecat printr'o metodă adecuată și riguros executată. În cicatricea lăsată de actul său operator, o nouă intervenție va avea mult mai puține șanse de reușită și rezultatul în niciun caz nu va mai putea fi decât parțial. Cunoștințe deosebite de anatomie particulară, de fiziologie, de chirurgie deosebit de anevoioasă, de fonetică și de ortopedie maxilară cât și în fine de pediatrie sunt presupuse (Rosenthal).

Oricare metodă am folosi-o, rezultatul fonetic va fi cu atât mai bun cu cât intervenția se va efectua la o vârstă mai fragedă. Veau execută primul timp operator deja la vârsta de patru săptămâni când

copilul a început să crească bine în greutate, nu face niciodată intervenția înainte de revenirea după scăderea așa zisă fiziologică, din primele zile. Actul doilea îl execută tot în primul an dar cu o mortalitate de 9,4% pe când în anul al treilea mortalitatea este nulă. Chirurgii germani execută actul al doilea abia „câte slășitul anului al doilea. (Axhausen, Ernst, Rosenthal, Wassmund).

Nu se vor opera copiii care prezintă supurații diferite în faringe, urechea medie, bronșite, etc. decât după vindecarea acestora. E chiar recomandabil să fie izolați de bolnavii sceptici, spre a evita infecția și cedarea suturilor.

Totdeauna ne vom îngriji de o alimentație corespunzătoare vârstei și de o adaptare fizică și psihică la mediul de spital. Se vor evita bolile infectocontagioase care ne pot compromite rezultatul operator.

În ce privește anestezia autorii nu sunt de acord. Veau operează în narcoză cu cloroform. Pichler face anestezie de bază cu avertină pe care o completează cu novocaină local. Luhmann face narcoză cu eter, iar înaintea operației cu o jumătate de oră administrează atropină, o zecime de miligr. pe an de vârstă (nu depășește un miligram). Axhausen, Ernst și Wassmund de asemenea operează cu anestezie locală.

LUCRARE DIN CLINICA CHIRURGICALĂ A UNIVERSITĂȚII DIN SIBIU

Director Prof. Dr. Al. Pop

Activitate sanitară și de ocrotire

Evenimentele sanitare din județul Sibiu, în cursul anului 1941

de

Dr. Oct. Oprean,

medic primar al județului Sibiu

Situația sanitară a județului Sibiu, a fost profund influențată de evenimentele care s'au întâmplat în cursul anului după cum se evidențiază în datele înregistrate.

În expunerea ce urmează ne referim numai la populația rurală deoarece pe teritoriul jud. Sibiu nu este nicio comună urbană, iar datele Municipiului Sibiu sunt prelucrate separat de Serviciul Sanitar municipal.

Suprafața județului Sibiu este de 3507 Km²,

iar cifra probabilă a populației calculată la 1 Iulie 1941, a fost de 159.028 locuitori.

Structura populației după naționalități este reprezentată prin 73,8% români, 24,5% germani și 1,7% unguri și alte naționalități.

Fenomenele demografice prezintă particularități deosebite față de evoluția lor observată în anii trecuți. Mișcarea populației s'a produs în cursul anului după cum se vede în următorul tablou cu cifre absolute.

Tabloul

așupra mișcării populației din județul Sibiu în anul 1941

Populația pe neamuri la 1 Iulie 1941					Născuți vii					M o r ț i				
Români	Germani	Unguri	Alții	Total	Români	Germani	Unguri	Alții	Total	Români	Germani	Unguri	Alții	Total
117.365	38.962	2672	29	159.028	2590	930	23	10	3553	2209	471	24	4	2708

Natalitatea județului Sibiu în 1941 a fost de 3553 născuți vii ceea ce dă o proporție de 22,3‰. Această proporție este mai scăzută decât natalitatea din anul 1940 când a fost de 23,2‰ și este mai scăzută decât natalitatea pe țară în mediul rural din 1940 care a fost 28,2‰.

Urmărind natalitatea județului în ultimii 5 ani vedem că din 1936 până în 1939 a manifestat o tendință lentă de scădere, iar în 1940 a scăzut brusc de la 26,2‰ la 23,2‰, iar în acest an s'a menținut proporția scăzută cu o tendință de scădere și mai pronunțată.

Județul Sibiu

Anul	Natalitatea	Mortalitatea	Excedent	Mort. Inf.	Căsătorii	Divorțări
1936	27,6‰	18,1‰	9,5‰	15,2‰	17,3‰	5,0‰
1937	27,8‰	18,2‰	9,6‰	14,4‰	16,7‰	5,8‰
1938	26,1‰	17,8‰	8,3‰	15,6‰	17,5‰	5,1‰
1939	26,2‰	16,5‰	9,7‰	14,6‰	14,4‰	3,5‰
1940	23,2‰	17,8‰	5,4‰	15,6‰	10,4‰	4,4‰
1941	22,3‰	17,0‰	5,3‰	13,7‰	12,5‰	4,2‰

Același fenomen se vede și la natalitatea României pe țara întreagă în mediul rural cu diferențele mai puțin pronunțate după cum se vede din tabloul de mai jos și graficele alăturate.

România mediu rural

Anul	Natalitatea	Mortalitatea	Excedent	Mort. Inf.	Căsătorii
1936	33,8‰	19,9‰	13,9‰	17,5‰	17,9‰
1937	32,9‰	19,4‰	13,5‰	17,9‰	18,6‰
1938	31,5‰	19,0‰	12,5‰	18,4‰	17,1‰
1939	29,9‰	18,5‰	11,4‰	18,0‰	14,4‰
1940	28,2‰	18,8‰	9,4‰	19,1‰	15,9‰

Natalitatea pe naționalități încă prezintă deosebiri față de situația anilor precedenți. În județul Sibiu natalitatea la români era mereu superioară natalității celorlalte naționalități, iar în acest an a fost întrecută de natalitatea populației germane care este de 23,9‰ față de 22,0‰ natalitate la români. Urmează a se confirma în viitor dacă acest fenomen se va menține sau nu.

Mortalitatea generală a fost relativ scăzută. S'au produs în cursul anului 2708 decese de toate vârstele ceea ce revine o proporție de 17,0‰ loc. În ultimii 5 ani mortalitatea generală a oscilat între 16,5‰ și 18,2‰ așa încât o putem considera ca proporție obișnuită, totuși se poate remarca faptul că este mai

scăzută decât mortalitatea anului 1940 care a fost 17,8‰ și este mai scăzută decât mortalitatea României din 1940 în mediul rural care a fost 18,8‰.

Mortalitatea pe naționalități se menține la caracterele obișnuite și în anii precedenți fiind mai scăzută la populația germană 12,0‰ și mai urcată la români 18,7‰. La cifra urcată a mortalității la români contribuie foarte mult decesele populației țigănești care nu a putut fi calculată separat. În viitor vom încerca a separa datele demografice ale țiganilor pentru a putea obține proporțiile reale ale grupurilor etnice. Este de remarcat proporția foarte scăzută a mortalității generale la germani care este de abia 12,0‰.

Excedentul natural în relațiune strânsă cu cele 2 fenomene anterioare este de 5,3‰ și se menține la nivelul excedentului natural din 1940 când a fost 5,4‰. Este cu mult mai scăzut decât excedentul natural pe țară în mediul rural din 1940 când a fost 9,4‰. Pe naționalități excedentul natural este foarte ridicat la populația germană 11,9‰ și este mai scăzut la români ajungând abia la 3,3‰.

Mortalitatea infantilă în cursul acestui an arată o proporție îmbucurătoare. S'au produs 488 decese sub 1 an ceea ce produce o mortalitate infantilă de 13,7‰ care este mai scăzută decât mortalitatea infantilă din anul trecut când a fost 15,6‰ și este mai scăzută decât mortalitatea infantilă pe țară în mediul rural din 1940 care a fost 19,1‰.

Mortalitatea infantilă a județului Sibiu s'a menținut deci în continuare la o proporție mai scăzută decât media pe țară.

Tabloul

deceselor sub un an după naționalități

Născuți vii				Decese sub 1 an				Mortalitatea infantilă			
Români	Germani	Alții	Total	Români	Germani	Alții	Total	Români	Germani	Alții	Total
2590	930	33	3553	411	75	2	488	15,8‰	8,0‰	6,0‰	13,7‰

După naționalități mortalitatea infantilă este mai scăzută la populația germană ajungând numai 8,0‰ și este mai urcată la români 15,8‰. Și aici proporția mare se datorește în bună parte deceselor populației țigănești. Proporția scăzută de 6,0‰ la celelalte neamuri este puțin semnificativă fiind vorba de cifre mici la calcularea proporțiilor.

Nupțialitatea. Media nupțialității a fost în acest an 12,5‰ locuitori și este mai urcată decât nupțialitatea din 1940 când a fost 10,4‰. Totuși aceasta proporție este mai scăzută decât media pe țară din

Somniferul cu efect sigur

chiar și în doze mici
($\frac{1}{2}$ tabletă), somn recon-
fortant și o deșteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.

Literatură și eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, București



CALCIRON TRENKA

Guajacol - Calciu - Sirop de Malt

Gust foarte plăcut. Îl iau cu plăcere și copiii mici.

Ambalaje originale de 100 și 300 gr.

Ambalajul de 300 gr. costă cât 2 de 100 gr.

EUCARBON TRENKA

Ambalaj original de 40 și 100 Tablete.

— Unul dintre cele mai probate și eficiente produse germane —

REPREZENTANT:

Mr. G. HIETSCH, Sibiu - Strada Gh. Coșbuc Nr. 15

Laborator chimico-farmaceutic

Hormonul lactației

pentru prima oară introdus în terapeutică
prin

Suppletan-Salbe

bazat pe faptul că aplicația locală percutană
este cel mai favorabil mod de întrebuințare
pentru acest hormon.

Indicațiuni: agalactie hormonală, încetarea
timpurie a secreției lactate.

Forma de prezentare: tub. orig. cu 20 g.



C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

mediu rural, care a fost în 1940 15,9⁰/₀₀. — De sigur că menținerea sub arme a contingentelor de vârstă căsătoriei a scăzut încheierile de căsătorii, însă pe de altă parte a fost întru câțva ajutată de ușurarea formalităților de căsătorie a concubinilor chemați la armată.

Divorțurile s'au menținut la o proporție de 4,2⁰/₀₀ de căsătorii, ceea ce arată o frecvență la fel ca în anul trecut când a fost 4,4⁰/₀₀.

Mortalitatea se menține la proporția anilor trecuți și la nivelul proporției pe întreaga țară. În acest an a fost de 1,9⁰/₀₀ la 100 născuți vii.

În general fenomenele demografice arată o situație mai defavorabilă decât în anii trecuți. În deosebi scăderea natalității este evidentă, iar mortalitatea generală deși mai scăzută decât în anii precedenți nu a scăzut în aceeași proporție cu natalitatea, astfel, că excedentul natural nu mai poate ține pasul anilor trecuți.

Populația românească abia poate realiza un excedent de 3,3⁰/₀₀ locuitori, ceea ce constituie un simptom de alarmă al evoluției și progresului populației noastre. Trebuie luată în considerare această situație și remediată cu toate mijloacele posibile.

Organizarea sanitară

Județul Sibiu are 89 comune rurale. Serviciile sanitare pe teritoriu sunt organizate pentru a satisface cerințele de ordin sanitar și anume:

Funcționează o Plasă sanitară model la Săliște condusă de un medic igienist, apoi 18 circumscripții sanitare rurale și un serviciu sanitar comunal.

Instituții sanitare sunt: 2 Așezăminte de ocrotire: la Orlat și Turnu-Roșu, 1 Spital de Cronici Mintali, 2 Stațiuni balneare: la Ocna-Sibiului și la Mercurea apoi 1 Sanator particular la Avrig și 11 Farmacii publice. Avem 18 dispensare rurale dintre cari 8 în comune nereședință, iar 10 la sediile de circumscripție și 3 maternități rurale încadrate în aceste dispensare. La aceste servicii au funcționat 16 centre de puericultură. Băi populare, școlare și industriale sunt 26.

Personalul medical și sanitar auxiliar care încadrează aceste servicii este reprezentat prin 21 medici sanitari, 6 medici de spital și medici specialiști puericultori, 21 surori de ocrotire și 10 agenți sanitari ajutați de personalul de serviciu necesar.

Combaterea bolilor epidemice

Bolile epidemice au apărut cu o frecvență cu mult mai mare decât în anii trecuți. Între cauzele răspândirii bolilor epidemice amintim drept cauze favorizante perturbațiile primului an de războiu, migrațiunile de populație, apoi scăderea posibilității de aplicare a măsurilor de combatere și în deosebi descoperirea tardivă a bolilor contagioase în mediul rural în

urma descompletării circumscripțiilor prin plecarea medicilor la unitățile armatei. Descompletările circumscripțiilor au fost mai mult decât simțitoare având peste 50⁰/₀ a medicilor plecați.

Scarlatina deși este o boală cu importanță epidemiologică mare, în cursul acestui an s'a manifestat în cazuri sporadice fără a se generaliza în epidemie. În cursul anului s'au descoperit 36 cazuri noi cu evoluție benignă și fără să producă niciun deces.

Rugeola a fost cu mult mai frecventă și a dovedit caracterul epidemiologic de infecțiozitate mare. La 579 cazuri noi s'au produs 23 decese, deci o fatalitate de 3,9⁰/₀₀. La sfârșitul anului a rămas în continuare cu 33 cazuri. Cazuri mai numeroase s'au declarat în comune: Cacova, Orlat și Jina.

Caracterul boalei a fost destul de grav în toate comunele dar mai serios a devenit în comuna Cacova unde s'a răspândit pe terenul tusei convulsive și astfel decesele prin complicațiuni pulmonare au devenit cu mult mai frecvente. Ca măsuri de combatere s'a preconizat tratamentul complicațiunilor pulmonare și administrarea de calciu și alte preparate cari ne-au stat la îndemână. În comunele Orlat și Cacova aceste măsuri au fost luate cu ajutorul medicilor puericultori ai Plasei Sanitare Model Săliște.

Tusea convulsivă s'a răspândit la grupa copiilor școlari și preșcolari. Epidemii întinse s'au declarat în comunele: Ludoș, Sângătin, Dobârca, Cacova, Avrig și Nocrich. S'au declarat 437 cazuri dintre cari s'au produs 24 decese, deci o fatalitate de 5,5⁰/₀₀. În lunile de vară boala s'a manifestat cu simptome mai ușoare însă mai târziu s'au produs dese complicațiuni pulmonare.

Pentru combaterea acestei epidemii am avut la îndemână puține mijloace posibile de aplicat în masă. Am întrebuințat vaccinul antipertusis în câteva cazuri cu scop profilactic și terapeutic dar n'a fost posibilă generalizarea acestei acțiuni. S'a urmărit și izolarea bolnavilor față de copiii sănătoși însă în mediu rural și în familie realizarea a fost iluzorie. Mai temeinic s'a făcut tratamentul simptomatic al boalei și al complicațiunilor pulmonare.

Febra tifoidă s'a răspândit sub formă epidemică în comunele: Galeș, Tălmăciu, Veștem, Sadu, Turnișor, Apoldul de jos, Ocna-Sibiului și Amnaș. S'au produs în total 135 îmbolnăviri noi dintre care au decedat 11 persoane ceea ce constituie o fatalitate de 8,1⁰/₀₀.

În comuna Galeș epidemia s'a dezvoltat pe cale hidrică contaminându-se o fântână publică de unde s'au îmbolnăvit 8 persoane, toate cazurile fiind confirmate prin examen de laborator. După izolarea, închiderea și desinfectarea fântânei, epidemia s'a oprit dintr'odată.

În comuna Tâlmăciu s'a răspândit febra tifoidă la muncitorii fabricii „Feltrinelli” pe cale hidrică alimentându-se cu apă printr'o conductă unde apa era captată din râul Sadului fără să treacă prin niciun mijloc de purificare. Analiza apei din conductă a dat același rezultat ca și apa luată direct din râu 10.000 coli pe litru în timp ce în comunele situate de-a-lungul râului existau cazuri de febră tifoidă. Aici s'a procedat la vaccinarea întregii colonii de muncitori, iar bolnavii s'au izolat într'o infirmerie provizorie condusă de medicul asigurărilor sociale. Boala s'a manifestat la 24 bolnavi.

În comuna Veștem boala s'a răspândit prin contact și a fost adusă tot dela firma „Feltrinelli”. S'au contaminat în total 9 persoane.

În comunele Sadu și Turnișor s'au declarat în mod continuu numai câte 1—2 cazuri la intervale cu mult mai mari decât timpul de incubare obișnuit, astfel că boala s'a menținut în mod endemic. Cazurile apărute au fost izolate în spitalul de contagioși din Sibiu.

În comuna Apoldul de jos s'au declarat numai 4 cazuri de îmbolnăviri prin contact și anume o femeie îmbolnăvită în orașul Sibiu s'a înapoiat la părinți pentru a fi îngrijită. Aici a îmbolnăvit simultan alți 2 frați și un copil din vecini cu cari a venit în contact zilnic. După luarea măsurilor de izolare și dezinfectie alte cazuri nu au mai apărut.

În comuna Ocna-Sibiului s'au îmbolnăvit 9 persoane în 4 familii — toți fiind confirmați prin R. Widall. — Dintre bolnavi 5 au fost internați în spitalul din Sibiu, iar restul la domiciliu. Ca măsură preventivă s'a executat vaccinarea cu T. A. B. a membrilor din familiile respective precum și a persoanelor de contact. În rest, s'au luat măsurile de dezinfectie obișnuite.

În comuna Amnaș s'a declarat o epidemie masivă la 17 persoane în câteva zile. Văzând pericolul de răspândire a bolii s'a procedat de urgență la vaccinarea în masă a populației dela 3 ani în sus cu T. A. B.

Autoritățile administrative au dat un concurs nelimitat, așa încât s'a putut realiza o vaccinare a populației în 98%. Totodată s'a înființat și o infirmerie provizorie unde s'au izolat toți bolnavii cari au putut fi tratați și îngrijiți în condițiuni mulțumitoare, la toți executându-se reacțiile de laborator posibile.

După aceste măsuri luate la început, epidemia a fost stinsă în mai puțin de 2 luni, așa că la sfârșitul anului n'au mai rămas cazuri.

În ultimele zile ale anului 1941 s'a declarat de asemenea o epidemie de febră tifoidă la Institutul de Ocrotire „Vatra Copiilor” din Orlat, rămânând epidemia deschisă și măsurile de combatere în continuare.

Dizenteria s'a răspândit foarte repede în lunile de vară și de toamnă. S'au descoperit în total 179 cazuri dintre cari s'au produs 17 decese, deci o fatali-

de 9,9%. A debutat sub forma diareelor disenteriforme și s'a răspândit în scurtă vreme într'un număr mare de comune. Epidemii mai întinse au apărut în comunele Alțina, Nocrich, Ghijasa de jos și Țichindeal. Pentru combatere am avut prețiosul concurs al Institutului de Igienă din Sibiu cu ajutorul căruia s'a recoltat un mare număr de analize de laborator. S'a putut izola bacilul dizenteric de tipul Flexner și J. și s'a făcut tratament pe scară întinsă cu ser antidizenteric și cu bacteriofag. Totodată s'au luat măsuri pentru dezinfectia materiilor fecale și protejarea surselor de aprovizionare cu apă.

Cu o frecvență mai redusă au apărut cazuri de dizenterie în comunele Mercurea, Gârbova, Dobârca, Reciu, Tilișca și Tâlmăciu, iar cazuri izolate aproape în fiecare comună din județ. Aceste din urmă cazuri nu au putut fi confirmate prin examen de laborator și astfel au rămas considerate ca enterite disenteriforme. Este verosimil ca în localitățile unde medicii de circumscripție au fost multă vreme plecați să fie rămas și cazuri nedescoperite și nedeclarate.

Celelalte boli epidemice: difterie, tetanos, antrax, etc. au apărut numai în cazuri sporadice fără a se manifesta sub formă epidemică și au fost tratate individual.

În toată acțiunea de combatere a bolilor contagioase am găsit un sprijin nelimitat la Institutul de Igienă care ne-a ajutat foarte mult cu personal tehnic, cu materiale și analize de laborator și fără de care nu am fi fost în stare să obținem rezultatele de mai sus.

Bolile Sociale

Tuberculoza s'a manifestat în cursul anului 1941 cu 226 cazuri noi cari adăugate la 304 cazuri vechi se ridică la un total de 530 cazuri, reportate la 100.000 locuitori obținem o morbiditate de 333,2. Aceasta cifră este cu mult mai scăzută decât proporția pe țară. Dintre acestea s'au produs 111 decese, ceea ce constituie o mortalitate specifică de 69,8 la 100.000 locuitori.

La descoperirea cazurilor noi am fost ajutați și de autoritățile militare cari ne-au comunicat persoanele găsite bolnave de tuberculoză manifestă.

În cadrul programului nostru de descoperirea cazurilor de tuberculoză s'au făcut examene radiologice la copii școlari din 33 comune din Plasa sanitară Săliște făcându-se 8661 radioscopii pulmonare cu auto-Roentgenul portativ. Aceste examinări s'au făcut numai până în luna Iunie când am încetat această activitate din cauza plecării medicilor la unitățile armatei.

Față de numărul mare al bolnavilor tuberculoși, posibilitățile de internare în sanatorii sunt foarte reduse, secția de T. B. C. a Spitalului Public cu 45 locuri fiind cu totul insuficientă. Un Sanatoriu cu o ca-

pacitate de cel puțin 250 paturi este imperios necesară însă, din cauza timpurilor excepționale nu ne putem gândi la o asemenea realizare. În această situație rămâne doar ca afară de mici excepții, cazurile de T. B. C. să rămână în tratamentul medicilor de circumscripție și a medicilor particulari.

Sifilisul. S'au descoperit în total 85 cazuri noi cari adăugate la cele 348 cazuri se obține numărul total de 433 cazuri. Din acestea s'au declarat vindecați, mutați din localitate și morți 78 cazuri deci aproape numărul celor descoperiți noi. Rămânem la sfârșitul anului cu 355 cazuri.

Reportată la populația județului obținem o morbiditate de 223,2 la 100.000 locuitori, ceea ce este cu mult mai scăzută decât morbiditatea acestei boale pe țara întreagă.

La descoperirea cazurilor noi ne ajutăm de Laboratorul de Igienă și de Laboratorul Institutului de Igienă din Sibiu, iar tratamentul în mare majoritate se execută de către medicii de circumscripție precum și de Ambulatorul Policlinic Sibiu cu medicamente puse la dispoziție de Ministerul Sănătății.

Paludismul a apărut la 145 persoane. Imbolnăvirile cele mai multe s'au produs în partea nord-vestică a județului unde este o regiune contaminată. În restul județului s'au descoperit cazuri foarte puține numai la indivizii veniți contaminați din alte regiuni, în deosebi din Dobrogea.

Ca tratament s'a aplicat chinina în toate cazurile.

Pelagra deși în acest județ este rară, s'au descoperit 11 cazuri noi cari adăugate la cele 4 cazuri vechi, avem 15 cazuri. S'a declarat vindecat 1 caz și au mai rămas 14.

Toate cazurile s'au manifestat sub forma cutanată și la puține din ele s'au adăugat turburări gastro-intestinale.

Gușa este răspândită în câteva comune din regiunea muntoasă. În total sunt înregistrate 1126 cazuri. În acest număr se cuprind persoanele cu gușa manifestă voluminoasă și cari prezintă și alterațiuni intelectuale. Problema gușei a fost cercetată amănunțit în anii trecuți însă o deslegare a problemei n'a fost posibilă. În programul viitor am prevăzut construirea câtorva fântâni de adâncime mare al căror efect îl vom putea observa numai în decursul mai multor ani.

Celelalte boli sociale sunt reprezentate printr'un număr redus de cazuri și nu constituiesc probleme pentru care ar fi nevoie de o acțiune deosebită.

Altă activitate pe teren sanitar

Asistența medicală a populației nu a putut fi realizată ca în anii trecuți, totuși cu un efort sporit s'a putut face față cerințelor.

În cadrul acestei activități medicii de circumscripție au executat 38.350 consultații de toate categoriile. Dintre acestea 1747 au fost pentru boli epidemice, 740 pentru tuberculoză, 1348 pentru sifilis, 98 pentru malarie, 676 pentru prenatale, 6734 pentru sugari și restul pentru diferite boli curente.

S'au făcut 938 inspecții școlare și 5683 inspecții la localuri comerciale și industriale.

S'a mai dat asistență medicală la unitățile militare în grupe mici aflate în diferitele comune ale județului.

O acțiune importantă a fost depusă în colaborare cu Inspectoratul General Sanitar, Cercul de Recrutare, Comandamentul Corpului VII Armată și Prefectura județului pentru organizarea Spitalelor Z. I.

Pe teritoriul județului Sibiu afară de Municipiul s'au organizat 4 Spitale Z. I. cu o capacitate totală de 900 paturi, iar după ce au fost puse în funcțiune au rămas în grija autorităților militare.

Răniții din războiu au fost îngrijiți în aceste spitale în condițiuni foarte bune, iar unele dintre ele continuă a funcționa și în prezent. La buna funcționare a acestor spitale a contribuit și personalul medical și sanitar auxiliar din localitățile respective. Astfel la Spitalul Z. I. din Avrig toate examenele radiologice necesare la răniți au fost executate în mod gratuit de medicul circumscripției cu aparatura proprie. La Spitalul Z. I. din Săliște medicul circumscripției și personalul medical au activat în anumite zile fixe.

Medicii din comunele: Săliște, Avrig și Nocrich au dat concursul lor Soc. „Crucea Roșie” pentru instruirea infirmierelor voluntare având partea de instrucție pentru îngrijirea bolnavilor.

Un eveniment sanitar neobișnuit a fost apariția intoxicației cu plumb la populația rurală din 2 comune. Intoxicația cu plumb a fost semnalată după multe dificultăți de Clinica II-a medicală. Sub conducerea Institutului de Igienă s'au întreprins mai multe anchete cu scopul de a se găsi sursa de intoxicațiune. S'au cercetat alimente, apa, vesela de bucătărie și alte ustensile unde s'a putut pune plumbul în evidență prin analizele chimice făcute. S'a descoperit și faptul că niște meșteri țigani au obdus linguri și furculițe cu un aliaj de plumb în scopul de a le face noi. În urmă s'a găsit moara țărănească din comuna Mohu la care s'a aplicat plumb topit pe suprafața de măcinat a pietrelor de moară cu scopul de a se repara și nivela găurile produse. În urma acestui procedeu făina rezultată s'a amestecat cu o cantitate apreciabilă de plumb pus în evidență prin analizele făcute.

S'au intoxicat astfel 12 persoane din comunele: Mohu, Veștem și Sibiu cu simptome clinice grave dintre cari s'a produs și un deces. Intoxicație mai ușoară cu

simptome atenuate s'a produs la mai multe persoane cari nu au putut fi descoperite în întregime.

După descoperirea sursei de intoxicație s'a procedat imediat la îndepărtarea plumbului, s'au încheiat acte de contravenție și s'au înaintat Cabinetului de Instrucție al Tribunalului Sibiu, pentru aplicarea dispozițiilor legale, întru cât este cazul a se aplica pe-deapsa cu închisoare.

În cursul anului s'au organizat, conform cu dispozițiile primite dela Ministerul Sănătății, săptămânile curățeniei la intervale fixate:

18—26 Ianuarie	13—19 Aprilie
16—22 Februarie	2— 8 Noemvrie
25—31 Martie	18—25 Decemvrie

La organizarea lor au fost chemate autoritățile administrative locale, intelectualii comunelor și s'a pus mai mare bază pe igiena corporală, spălare, îmbăiere, spălarea rufelor, tundere, deparazitare și curățenia în gospodărie.

Din cauza greutăților întâmpinate nu s'au putut realiza toate aceste dispoziții în toate comunele dar în multe localități unde conducătorii satelor au dat dovadă de înțelegere s'au realizat în bună parte obiectivele fixate.

Pe teren social au activat surorile de ocrotire în cadrul atribuțiilor fixate. Problemele sociale au fost abordate prin vizitele familiare și s'a încercat rezolvarea lor prin sfaturi, demonstrații și aplicarea lipsurilor de igienă, profilaxie și îngrijire medicală în cadrul familiar. Din complexul problemelor sociale s'a dat importanța deosebită îngrijirii copiilor mici, aplicării vaccinului B. C. G. educației igienice și alimentației raționale.

Din rapoartele anuale ale surorilor de ocrotire reiese că s'au făcut 40.995 vizite familiare dintre cari: 13.796 pentru B. C. G., 24.921 pentru educație igienică, 1077 pentru boli infecțioase, 630 pentru T. B. C., 260 pentru probleme sociale și restul pentru alte cauze.

Pentru difuzarea cunoștințelor igienice și de gospodărie rurală s'au înființat în cursul anului 6 școli țărănești conduse de surorile de ocrotire instruite din timp pentru acest scop în următoarele localități:

Șelimbăr cu . 8 eleve	Doștat cu . 8 eleve
Tălmăcel „ . 10 „	Apoldul de jos 9 „
Cristian „ . 13 „	Gârbova cu . 9 „

Numărul total al elevilor care au urmat aceste școli țărănești este de 57.

În aceste școli s'a demonstrat practic modul de pregătire rațională a alimentelor din produse care se găsesc la sate și s'au completat prin cursuri de igienă, curățenie în gospodărie, îngrijirea copiilor, etc. Rezultatul a fost cât se poate de bun putând verifica

la o parte din eleve că și-a însușit asemenea cunoștințe pe care apoi le-au aplicat fiecare în gospodăria lor.

Pentru a se putea generaliza aceasta acțiune Inspectoratul Sanitar a înființat cursul de inițiere la Orlat, unde au fost chemate surorile de ocrotire din toate regiunile și inițiate în vederea organizării acestor școli țărănești în toate comunele unde sunt surori de ocrotire.

La sfârșitul anului 1941 s'a început din nou organizarea școlilor țărănești dintre care unele au și început funcționarea, rămânând în curs de activitate pe anul 1942.

Activitatea școlară

În județul Sibiu sunt 141 școli primare la care medicii de circumscripție au făcut 938 inspecții sanitare și 48.279 vizite corporale la elevii școlari.

La aceste școli au funcționat 74 cantine școlare organizate de învățătoare și celelalte femei ale intelectualilor din comună. Cantinele au fost susținute de Primăriile comunale, colecte și alte ajutoare de tot felul.

S'au alimentat 1644 copii și s'a cheltuit pentru alimentație 730.432 Lei.

Rezultatul cantinelor școlare este cât se poate de folositor, mai ales în aceste timpuri de mari greutăți economice.

Starea igienică a elevilor de școală este cu mult mai slabă ca în anii precedenți, deși până în prezent din acest motiv nu s'au semnalat răspândiri de boli cu caracter contagios. Se resimte foarte mult lipsa hainelor și albiturilor de schimb și a săpunului care contribuie în mare măsură la producerea lipsei de igienă corporală.

Parazitismul între elevii școlari este foarte răspândit și mijloacele de îndreptare sunt foarte greu de îndeplinit.

Cu toate stăruințele depuse nu s'a putut menține starea de curățenie și igienă ca în anii trecuți.

Construcții sanitare

Construcții sanitare s'au executat cu mult mai puțin ca în anii trecuți. Inițiativa și dorința de realizări nu a lipsit, însă a fost în mare parte împiedecată de evenimente, de lipsă de material și a mânei de lucru, în deosebi la lucrările tehnice și de specialitate.

Lucrări efective s'au realizat la construcțiile începute și rămâne în continuare, deși greutățile de continuarea lucrărilor au fost din ce în ce mai mari.

1. În cursul anului s'au continuat lucrările de construcție a Dispensarului din Tălmăcel, s'au făcut tencuirea clădirei, tâmplăria, lucrările de instalație interioară (electrică, sobe, apă, etc.), și instalarea băii populare așa încât la sfârșitul anului s'a pus în funcțiune dispensarul și baia în condițiuni foarte bune.

2. S'au făcut lucrările de instalarea băii comunale din Mândra, cu toate lucrările anexe ca: tencuire, tâmplărie, etc., așa încât și aceasta baie a fost pusă în stare de funcționare.

3. În cadrul Casei de Sănătate din Gârbova s'a înființat o maternitate rurală prevăzută cu cele necesare pentru a se putea da asistență la nașteri pentru femeile gravide din aceea localitate.

4. La baia comună din Porcești s'au executat lucrările de tâmplărie și sunt în curs de executare lucrările de instalarea băii. Lucrarea nu a putut fi terminată rămânând în continuare.

5. La Ocna Sibiului s'a amenajat într'un local al Primăriei un Dispensar comunal. Mobilierul este insu-

ficient dar este în curs de completare cu mobilier și alte materiale de care simte nevoia.

6. În comuna Cristian s'au pregătit toate lucrările de construirea unui Dispensar și baie populară și s'a dat în licitație lucrarea, care însă n'a fost adjudecată din cauza lipsei de antreprenori.

7. S'au mai făcut lucrări pregătitoare pentru construirea unui Dispensar cu baie în comunele Mercurea și Doștat care însă nu au putut fi începute din lipsa de mijloace și de personal tehnic.

Proiecte pentru construcții sanitare, dispensare și băi populare s'au făcut foarte multe și dacă evenimentele în curs vor permite se vor trece la realizări însemnate în domeniul sănătății publice.

București, 6 Mai 1942

Emil v. Behring „Salvatorul soldaților“

La 31 Martie 1942, s'au împlinit 25 ani de la moartea lui Emil v. Behring, la Marburg pe Lahn. Acest neîntrecut medic și cercetător german, este supranumit adeseori cu drept cuvânt „Salvatorul copiilor“, ca o recunoaștere a imenselor merite pe cari și le-a câștigat în combaterea difteriei prin descoperirea serului antidifteric. Pentru merite la fel de strălucite și-a câștigat Behring și supranumele de „Salvatorul soldaților“, dacă ne gândim că serul antitetanic (antitoxina tetanică) a salvat viața unui număr imens de soldați, atât în războiul mondial trecut, cât și în războiul actual. Meritul descoperirii acestui ser îi revine în mod egal lui Behring și japonezului Kitasato, care i-a fost colaborator în Institutul de igienă al lui Robert Koch din Berlin, în primii ani ai ultimului deceniu din secolul trecut. Totuși, nu poate exista nicio îndoială asupra faptului că și în acest caz, ideea inițială a fost elaborată de Behring. În luna Decembrie 1890, apare una din lucrările clasice a lui Behring, în care relatează pentru prima dată despre o substanță imună, care ar avea proprietatea de a neutraliza toxicitatea produselor toxice secrete de microbii vii. Cercetările lui Behring se refereau atât la difterie, cât și la tetanos. Însemnătatea acestei descoperiri, pe care Behring a numit-o hemo-seroterapie, a fost recunoscută în scurtă vreme pentru difterie, dar acțiunea binefăcătoare a serului antitetanic nu a fost stabilită definitiv, decât abia în cursul războiului mondial.

Helmut Unger publică în Nr. 7 din Deutscher Ärzteblatt pe anul 1942, contribuțiuni retrospective asupra celor mai importante date în legătură cu sero-profilaxia antitetanică. Astfel în războiul franco-german

din 1870/71, la 10.000 răniți s'au înregistrat 350 cazuri de tetanos, dintre cari 90% au fost mortale. La începutul războiului mondial, când sero-profilaxia antitetanică nu se aplica încă pe scară întinsă, s'au înregistrat numeroase cazuri de tetanos, dar după introducerea injecțiilor preventive cu ser antitetanic, cazurile de tetanos au încetat în mod brusc.

Observațiuni asemănătoare s'au făcut și în alte părți. Din 56 răniți prin cartușe oarbe, în anul 1903 în statul New-York, 16 au murit de tetanos, pe când din 291 răniți cu aceleași arme, înregistrați în cei doi ani următori, după aplicarea sero-prevenției antitetanice, nu s'a mai semnalat niciun caz mortal.

Intr'o mare clinică ginecologică din Praga, unde a apărut brusc o epidemie de tetanos, boala a fost definitiv jugulată prin injecții preventive de ser antitetanic.

În Indochina, medicul francez Letulle a aplicat o sero-prevenție antitetanică la toți noii născuți, așa că, de unde înainte o cincime din toți copiii noi născuți mureau de tetanos, după măsurile de sero-profilaxie indicate, nu s'a mai indicat niciun caz mortal.

Ceea ce scrie profesorul Hans Schmidt este adevărat: „Aplicarea sistematică a serului antitetanic, cât mai neîntârziat după rănire, în asociație cu tratamentul chirurgical adecvat al plăgilor, vor preveni cu atâta siguranță apariția tetanosului, încât tetanosul post-traumatic nu va mai juca niciun rol“.

Intr'un articol publicat în revista Medizinische Klinik, profesorul Neufeld accentuează că antitoxina tetanică administrată la timp, are o putere protectoare atât de mare, încât tetanosul și-a pierdut caracterul

său grav în ceea ce privește complicația plăgilor de războiu. Mortalitatea prin tetanos din primele săptămâni ale războiului mondial, până în momentul când s'a recunoscut necesitatea sero-profilaxiei și s'a putut prepara ser antitetanic în cantități suficiente, poate să constituie criteriul cel mai just, pentru a aprecia câte

sute de mii de soldați au fost salvați, grație descoperirii lui Behring.

Recunoașterea unanimă a enormei însemnătăți pe care o are antitoxina tetanică, precum și puterea cu care s'a impus valoarea ei, constituie o încoronare a operei științifice pe care a săvârșit-o Behring.

Revista cărților

Introducerea în igienă și în epidemiologie. (Einführung in der Hygiene und Seuchenlehre) de Prof. Dr. Heinz Zeiss și Prof. Dr. Ernst Rodenwaldt. Editura Ferdinand Enke, Stuttgart, 1942. Un volum de 302 pagini. Prețul: cartonat Rm. 7,60, legat Rm. 9,20.

A apărut ediția a 4-a a tratatului cu elementele introductive în studiul igienei și a epidemiologiei a profesorilor Dr. Heinz Zeiss de la universitatea din Berlin și Dr. Ernst Rodenwaldt, de la universitatea din Heidelberg.

Tratatul are două părți principale. Prima parte se ocupă cu studiul igienei. Aci se tratează următoarele probleme: întâi se dau câteva date în legătură cu istoricul problemelor de igienă și cu îndatoririle medicului igienist.

Se expune apoi problema serviciului public de igienă și în legătură cu aceasta îndatoririle serviciilor sanitare și a medicilor sanitari. De altfel, în linii generale orice medic practician sau specialist va trebui să cunoască legile sanitare, pentru că ei pot fi puși în situația adesea de a colabora la aplicarea acestor legi pe teren. Legea sanitară germană este astfel alcătuită ca toți medicii practicieni să fie colaboratorii activi ai serviciului sanitar oficial. Medicul este chemat să fie în serviciul sănătății individului izolat și a poporului întreg. El îndeplinește o îndatorire publică reglementată prin această lege. Profesiunea medicală nu este o meserie.

Urmează apoi marea și importantă problemă a igienei rasei. În capitolul următor se vorbește despre transferurile de populație și modalitățile lor. Urmează apoi problema alimentației. Se discută alimentele ca posibilități de sursă de infecție, din punct de vedere al vitaminelor. În capitolul următor se expune mai detaliat problema apei și a canalizării. Se dau date despre analiza bacteriologică, chimică a apei, despre modalitatea de executare a fântânilor cu pompă la țară și despre captarea izvoarelor de apă, despre modalitățile de purificare a apei.

Se expune apoi igiena muncii așa de importantă mai ales în statele industriale: asigurarea contra accidentelor. Se deosebesc în îmbolnăvirile profesionale următoarele grupe: 1. Imbolnăviri prin muncă unilaterală sau exagerată. 2. Imbolnăviri prin influențe generale ale muncii, care însă pot surveni și înafară de muncă. 3. Imbolnăviri prin influențe speciale ale muncii, ca toxicuri, praf, influențe mecanice, etc. 4. Accidente. Se insistă în special asupra diferitelor boli profesionale datorite toxicelor: intoxicarea cu plumb, fosfor, mercur, arsen, mangan, benzol, acid carbonic, etc.

Urmează apoi chestiunea înhumării cadavrelor și a problemelor în legătură cu ea. După aceea se expune chestiunea desinfecției și a deparazitării, apoi problema geomedicinii, topografia și geografia medicală. Partea aceasta despre igienă se încheie cu un chestionar despre poporul în spațiu.

În partea a doua a lucrării se tratează despre epidemiologia boalelor infecțioase. Această parte cuprinde următoarele capitole: Diagnosticul agenților patogeni, îmbolnăvirile prin coci (stafilococi, streptococi, meningococi), febra undulantă, febra tifoidă, febrele paratifoide A. B. C., intoxicațiile alimentare, dizenteria, pesta,

tularemia, erezipeloidul, holera asiatică, Sodoku, difteria, morva, cărbunele, îmbolnăvirile prin bacili anaerobi (tetanusul, edemul gazos, botulismul), tuberculoza, lepra, actinomicoză, febra recurentă, sifilisul, frambözia, letospirele, boala lui Weil, angina Plaut-Vincent, flagelatele (trichomonas, lamblia, tripanosoma, leishmanioze), malarie, balantidium coli, dizenteria amebiană, bolile prin virus, tifosul exantematic, febra wolhynică, variola, turbarea, psitacoza, viermii intestinali.

La fiecare boală infecțioasă se dau date asupra diagnosticului agentului patogen, asupra epidemiologiei, asupra profilaxiei bolii respective.

Acest capitol de epidemiologie se încheie cu posibilitatea transmiterii epidemiilor prin circulația aeriană.

Această carte este de un real folos pentru toți medicii practicieni, medicii sanitari, medicii igienisti și pentru studenții în medicină, cu toții găsind în ea date foarte utile.

Elemente de istologie și tehnică microscopică. De Prof. Ioan Drăgoiu. Editura H. Welther, Sibiu, 1942. Un volum de 262 pagini. Prețul Lei 560.

A apărut ediția a 2-a a fascicolului II din admirabilul tratat de istologie a neuitatului profesor Ioan Drăgoiu. Această a 2-a ediție a fost revăzută și completată cu mici adausuri de către eminentul specialist în istologie Dr. Crișan Cornel, suplinitorul catedrei de istologie și embriologie.

Acest fascicol are două părți principale.

Prima parte se ocupă cu țesuturile și conține următoarele capitole: capitolul I tratează despre țesutul epitelial, capitolul II despre țesutul de legătură și de susținere (țesutul concunectiv propriu zis, țesutul cartilagos și țesutul osos), capitolul III tratează despre țesutul muscular (neted și striat), în capitolul IV se expune țesutul nervos (celulele și fibrele nervoase), capitolul V se ocupă cu sângele și limfa și cu toate elementele componente ale acestor două țesuturi (globulele roșii, hemoglobina, leucocitele, globulele, hemoconiile, etc.) hematopoeza la embrion.

Partea a doua a acestui fascicol se ocupă cu istologia organelor. Aci se tratează următoarele probleme: organele hematopoetice; măduva oaselor; organele limfopoetice și organul hematolitic: formațiunile limfoide sau adenoide simple, ganglionii limfatici, glandele hemolinfatice, splina, timusul. Urmează apoi organele aparatului de susținere: scheletul cartilagos, scheletul osos, dezvoltarea oaselor, articulațiunile. Capitolul următor se ocupă cu aparatul locomotor, tendoanele și mușchii, urmează apoi aparatul circulator, inima, arterele, venele și capilarele, sistemul circulator limfatic. Se descrie apoi istologia aparatului digestiv: gura, organele din gură, faringele, cavitatea bucofaringeană, ezofagul, stomacul, intestinul subțire, intestinul gros, apendicele, canalul anal, peritoneul.

La fiecare capitol se expun procedeele curente în tehnica microscopică, indispensabile studiului istologiei.

Prin reeditarea acestui fascicol din tratatul de istologie a profesorului Drăgoiu se aduce un imens serviciu studenților în medicină având astfel la dispoziție o carte de specialitate, așa de necesară învățământului, care este redactată cu o claritate deosebită și este prezentată de către editură în condițiuni tehnice perfecte. Cartea poate folosi și oricărui medic, care vrea să aibă în bibliotecă sa un tratat de istologie, de unde să-și poată reimprospăta cunoștințele istologice în caz de lipsă.

Abecedarul coloizilor pentru studenți. (Kolloid-Fibel für Mediziner) de R. E. Liesegang. Editura Teodor Steinkopff, Dresden, 1942. 28 pagini. Se găsește de vânzare la librăria H. Welther, Sibiu, str. Regina Maria. Prețul cartonat Rm. 0,75.

Aceasta este o broșură în care autorul prezintă datele elementare despre coloizi pentru studenții în medicină. Lucrarea apare deja în a 2-a ediție. Scopul autorului în această lucrare nu este de a da detalii asupra problemei, ci de a da câteva indicațiuni și a arăta cum pot fi cuprinse multe lucruri într'un text condensat.

Coloizii au o parte foarte însemnată în toate procesele vitale și concepția coloidală în medicină astăzi este un bun comun al medicilor. În lucrarea de față se prezintă gândirea și concepția chimiei coloidale sub o formă intuitivă și atrăgătoare, astfel că ea poate fi recomandată foarte călduros pentru toți medicii și studenții în medicină.

Conf. Dr. I. Gavrilă.

Revista revistelor

INTERNE

Asupra necesității în vitamină C. (Zur Frage des Vitamin C-Bedarfs) De Prof. H. Kalk și Dr. W. Brühl. Dtsch. Med. Wchschr. Nr. 9/1942, pag. 209.

Un muncitor străin, permanent lipsit de vitamina C, a fost internat în clinica noastră cu simptome neîndoielnice de scorbut. Scorbutul s'a produs din cauza unei subalimentații pe lângă munci grele, a unui focar de infecție și a unei achilii. Cu toate că alimentația a fost și mai departe lipsită de vitamina C și cu toate că în serul sangin vitamina C nici în această fază n'a fost pusă în evidență, numai pe lângă repausul în pat fenomenele de scorbut au dispărut. Pe lângă administrarea de cantități mici de vitamina C (10 mgr. și 25 mgr. zilnic pe cale bucală), vitamina C în sânge s'a urcat cu toată prezența achiliei. Scorbutul în mod practic a fost complet vindecat într'un timp, când serul sangin prezenta o vitamină C foarte redusă (0,3 mgr. ‰). Pe lângă o administrare de vitamina C zilnic de 25 mgr. și pe lângă un regim practic lipsit de vitamina C tulburările au lipsit complet și a fost capabil de muncă.

Survenirea scorbutului de altfel este rară într'o populație unde alimentația cu vitamina C este foarte săracă. Asupra a 16 000 bolnavi în 7 ani s'au observat numai 5 cazuri de scorbut. Aceste cazuri arată că pentru producerea scorbutului nu este suficientă numai lipsa de vitamina C, ci intervin și alți factori cari influențează mult vitalitatea organismului (munca de noapte, lipsa de somn, focare infecțioase, muncă mecanică grea, foamea).

O cantitate zilnică de 25 mgr. acid ascorbic este privită în general ca suficientă pentru a preveni stările de ipovitaminoză.

Importanța conținutului în acid ascorbic a lichidului cefalo-rachidian din punct de vedere al diagnosticului diferențial. (Die Bedeutung des Ascorbinsäuregehaltes des Liquors cerebrospinalis vom Gesichtspunkt der Differentialdiagnostik.) De Dr. I. Wirth. Dtsch. Med. Wschr. 1942, Nr. 9, pag. 213.

Modificările conținutului în acid ascorbic în lichidul cefalo-rachidian sunt caracteristice în anumite imbolnăviri ale sistemului nervos central, astfel că determinarea acidului ascorbic în lichid este de mare importanță pentru diagnosticul diferențial al acestor imbolnăviri. Unirea în evidență a acidului ascorbic ne reușește cu ajutorul unei reacțiuni de colorare, care se produce după precipitarea albuminelor cu ajutorul reactivului Natrium-Wolframat-acid sulfuric pe lângă o reacție bazică (10 ‰ NaOH).

Asupra tratamentului diabetului zaharat. (Zur Behandlung der Zuckerkrankheit) de Prof. Dr. K. Koetschau (Nürnberg). Therapie der Gegenwart, 1942, Heft 1, pag. 13-19.

Din cercetările de mai mulți ani ale autorului rezultă următoarele: 1. că este posibil de a alimenta pe diabetici pentru durată cu un regim lacto-vegetarian și fără carne; 2. că fără de-

osebire, toate vegetalele pot fi consumate crude sau fierte, în orice cantitate, cu excepția cerealelor și cartofilor, cari trebuiesc date cântărite; 3. că necesitatea organismului pentru insulină prin aceste vegetale nu este mărită; 4. s'a constatat că numărul caloriilor mai redus al regimului cu vegetale în multe cazuri este suficient pentru acoperirea necesităților calorice ale organismului și pentru a menține echilibrul de greutate, chiar în unele cazuri este posibilă și o creștere însemnată la organisme tinere. I. G.

*

INFECȚIOASE

Bazele unei profilaxii cu vitamine în bolile infecțioase. (Grundlagen einer Vitaminprophylaxe bei Infektionskrankheiten) de Doz. Dr. H. J. Juszat. Med. Welt, Nr. 17, 1942, pag. 417-20.

Cercetările experimentale de față ne pun la dispoziție o serie de cunoștințe asupra importanței vitaminei C în menținerea puterii de apărare specifice și nespecifice a organismului, în consecință și profilaxia cu vitamine pentru combaterea și prevenirea bolilor infecțioase. Rămâne de clarificat, că celelalte vitamine ce fel de rol joacă în această profilaxie. Profilaxia prin vitamine constituie numai un mijloc pentru a ridica puterile de apărare ale organismului, ceea ce bine înțeles nu înseamnă, ca să neglijăm mijloacele profilactice utilizate și consacrate până acum în profilaxia bolilor infecțioase, cum sunt de ex. vaccinările etc.

Este utilă electroterapia la bolnavii cu poliomieliță și cum trebuie aplicată? (Ist die elektrische Behandlung Poliomyelitis-Kranker von Nutzen und wie soll sie gehandhabt werden?) de E. Günz. Dtsche Med. Wschr., Nr. 17, pag. 425-28.

Autorul înainte cu 2½ ani a zăcut cu poliomieliță și în urma experiențelor făcute cu propria sa persoană ajunge la următoarea concluziune: electroterapia la bolnavii cu poliomieliță este de o mare utilitate și pentru refacerea activității musculare de o mare importanță, însă cu condiția ca ea să fie aplicată cu pricepere și conștiincios. În nici un caz însă pe lângă aceasta nu vor fi neglijate celelalte mijloace terapeutice. Electroterapia nu este un mijloc atotvindecător în tratamentul paraliziei infantile. Punctul principal al tratamentului trebuie să constituie exercițiile de mișcare active sub conducere pricepută.

Se dă apoi pe scurt o schemă a metodei tratamentului electric.

Asupra „difteriei cu coci”, o altă formă a anginei difteroidice. (Über Kokkendiphtheroide, eine weitere Form der Diphtheroidanginen) de B. Kemkes. Ztschr. d. Kinderheilk., 1941, pag. 511-12.

În 80 de cazuri, cu diagnostic clinic de difterie și unde nu s'au putut pune în evidență bacili difteritici, s'au găsit la examenul bacterologic streptococi hemolitici sau stafilococi hemolitici, uneori

in cultură pură, astfel că ei au trebuit să fie considerați drept agenții patogeni ai bolii. Aceste fapte explică pentru ce în astfel de cazuri se poate ajunge la o apreciere diferită a cazurilor din partea clinicienilor și a bacteriologilor. Din cauza asemănării ei cu difteria s'a propus pentru acest tablou morbid numirea de angină difteroidă cu coci, în mod analog cu angina difteroidă din scarlatină.

Asupra hepatitei prin virus. O contribuție la cunoașterea tabloului clinic al poliomielitei, encefalitei, etc. (Über Virushepatitis. Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis des klinischen Bildes der Poliomyelitis, Encephalitis u. s. w.) de *Ulrich Stechele*. Ztschr. d. Kinderheilk., 1941, pag. 504—510.

La bolnavi cu poliomielită s'a constatat adesea o hepatomegalie în 21 de cazuri dintre 115 bolnavi, care după 8—10 zile a regresat. S'a considerat această constatare drept o hepatită produsă de virusul poliomieltic și nu ca un fenomen toxic general. Simptome de tulburare a funcțiunii hepatice nu s'au constatat, urobilinogenul în urină a fost foarte rar pozitiv. Tot așa și în encefalită adesea s'a constatat o mărire a ficatului, presupunând și aci, că și encefalita și hepatita sunt produse de același agent. Autorul a constatat în cursul unei epidemii de hepatită, că un copil, a cărui tată suferea de hepatită, a făcut o encefalită. Apoi la doi frați constată că unul face hepatită și celălalt encefalită.

Examenul rectoscopic în dizenteria bacilară. (L'examen rectoscopique dans la dysenterie bacillaire). De *J. Rachet, à. Busson și J. Langevin*. Presse Medicale 1941, pag. 573—575.

În 6 cazuri de dizenterie bacilară s'a executat restoscopia în primele zile de boală, în stadiul acut. S'au constatat modificări foarte caracteristice, constând din un edem foarte intens al mucoasei, foarte indicator pentru dizenteria bacilară, care el singur permite diagnosticul acestei boli. Alterațiunile sunt independente de tipul agentului patogen. Cu o tehnică precaută nu există nici un pericol sau neplăcere pentru bolnav.

I. G.

*

OTO-RINO-LARINGOLOGIE

Tuberculoza latentă a faringelui. (La tuberculose latente du pharynx). Revista Științelor Oto-rino-laringologice. De *G. Buzoianu*. Fondată în Cluj. Nr. I—II 1942, pag. 3.

Pe lângă tuberculoza faringeană infiltrativ-ulceroasă clasică cunoscută sub diversele sale aspecte (granulii faringene, forme ulcerative, lupus faringean) există încă o formă a acestei maladii, aceasta este tuberculoza latentă a faringelui. Tuberculoza latentă a faringelui este pusă în evidență prin examen microscopic. Clinic ea este ignorată, dar laboratorul o confirmă. Tabloul patologic al acestei maladii cuprinde trei aspecte clinice: anginele tuberculoase latente difuze, anginele tuberculoase tranzitorii acute, amigdalită tuberculoasă hipertrofică cronică, sau tuberculoza latentă a amigdalelor.

Se descriu cazuri clinice unde se poate afla în prezența acestei forme a tuberculozei latente a faringelui. Certitudinea existenței tuberculozei latente a faringelui duce la două concluzii: o concluzie teoretică relativă la frecvența necunoscută a acestor forme și o concluzie practică, care impune medicului diferite atitudini clinice și terapeutice.

Considerațiuni asupra dermatozelor focale. (Considerations sur les dermatoses focales). Revista Științelor Oto-rino-laringologice. Fondată în Cluj, Nr. I—II 1942, pag. 11.

Autorii tratează în general problema „focal infection” insistând asupra istoricului, focarelor primare și secundare, agenților patogeni, organo-tropismului și căilor de propagare.

După aceste noțiuni introductive ei au expus un vechi caz clinic de eritem papulos, vindecat definitiv prin amigdalectomie totală, bilaterală.

În a 3-a parte a articolului se discută dermatozele, stabilind o corelație pozitivă între unele din aceste maladii și infecțiunea focală.

Asupra cunoașterii acțiunii vitaminei C naturale. (Zur Kenntnis der Wirkung des natürlichen C-Vitamins). Hippokrates H. 52. Jahrg. 12. 1941, pag. 1284.

Se rezumă diferitele experiențe pe animale și cazuri clinice, asupra vitaminei C naturale.

În stadiul actual al cunoștințelor, cu toate concluziile experimentale contrarii, cel puțin pentru om vitamina C naturală prezintă o mai bună acțiune.

Trei ipoteze au fost emise pentru a explica faptul: a) Bezsonoff crede în existența unui complex de vitamine, descriind chiar vitamina C₂, numită de Szent György vitamina P; b) o altă posibilitate întrevăzută (Pezold) ar fi ca alături de acidul ascorbic și dihidroascorbic să existe vitamina C în complex de albumină; c) Wachholder demonstrează că nu cantitatea de vitamină are importanță, ci puterea ei oxidativă.

După prezentarea și discutarea celor trei ipoteze autorii se realizează păreri lui Wachholder, accentuând că oxidaza obținută din preparate de plante proaspete este mai activă (mai bună) decât cea din droguri.

Tabloul clinic al infecțiunii focale tonsilare și influențarea terapeutică. (Hippokrates). H. 52. Jahrg. 12. 1941, pag. 1279.

În general tabloul clinic al infecțiunii focale este cel produs printr-un focar, ce din punct de vedere clinic stă latent sau regresează în timpul maladiei.

Localizarea focarului poate fi pe: aparatul uro-genital, vezicula biliară, tubul digestiv, dar de cele mai multe ori dinții, amigdalele și sinusurile feții sunt sediul acestor focare de infecție.

Constituția anatomică a amigdalelor ca și a țesutului periamigdalial face ca amigdala să aibă o dispoziție ideală pentru localizarea unei infecțiuni, la care organismul — datorită unei oarecare imunizări față de agentul patogen — să nu reacționeze vehement sau de loc un anumit timp; pentru ca la un moment dat să apară o afecțiune cronică datorită toxinelor acumulate în timp.

Pentru depistarea acestor focare este bine a se utiliza întreg arsenalul de metode, ce dau un diagnostic mai fin, între care palparea amigdalelor, examenul lichidului extras prin presarea amigdalelor, determinarea durerii la presiune.

Determinarea durerii la presiune este câteodată tardivă și este datorită exacerbării infecțiunii latente locale.

Metoda provocării, periculoasă în unele cazuri prin diseminări din focar, poate fi considerată numai atunci când dă exacerbarea fenomenelor generale; fără a considera alte greutăți de interpretare (reacțiuni coloidoclastice ce pot surveni).

După ce fiecare metodă este detaliat analizată autorul se întreabă dacă nu este preferabilă o amigdalectomie de prisos în cazurile dubioase, cu toată opunerea unor medici, care văd în operație îndepărtarea unui „organ de apărare”.

Procedeele de a goli criptele și focare amigdalene prin diferite instrumente imaginate, fac un serviciu incomplet și orice întârziere a amigdalectomiei în afecțiunile focale este nepermisă. Nu trebuie uitat că amigdala palatină este un conglomerat de țesut limfoid similar celorlalte formațiuni limfoide din cercul limfatic, care rămâne.

Indiferent de vârstă, frica de amigdalectomie este nefondată. Bine condusă tehnic amigdalectomia este fără pericol. Contraindicațiile nu sunt date decât de tulburări generale ale circulației, ficatului și rinichiului.

Rezultatele bune ale amigdalectomiei cresc pe zi ce trece. Acesta este domeniul unei strânse colaborări între medicul specialist și medicul familiei, domeniu ce permite cele mai bune rezultate.

I. G. R.

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

GEDEON RICHTER S. A.

București V, strada Logofătul Tăut Nr. 99

In flatulență, meteorism, enterite acute și hiperaciditate

MAGNOCARBON

de trei ori pe zi 1—2 tablete

SYNTHOESTRIN

FIOLE ȘI TABLETE

Preparat oestrogen sintetic cu formula:

4,4' Dipropionil-oxi alfa beta dietil stilben
acțiune identică cu a hormonului folicular

1 fiolă sau 1 tabletă = 1 mgr. substanță, corespunzând efectului a 10.000 unități
internationale hormon folicular cristalizat.

Iodoterapie pe cale parenterală

p r i n

VASOJOD

subcutan, intravenos, intramuscular

Fiole de 2 și 5 cc. conținând 4 respectiv 10 mgr. iod



ANTISPASMODIC
CARDIOTONIC • SEDATIV
AL SISTEMULUI NERVOS

CARDIALGINE

Dubois

dragouri

picături

BROMUR DE SPARTEINĂ, EXTRACTE DE
STROPHANTUS, AUBEPINE, BELLADONA, PAPAVERINĂ

LABORATOIRES

DUBOIS

16 Bd. PERERIE, PARIS 17^e

ARTHERO-SCLEROSĂ
REUMATISM
GUTĂ - DIABET

COLLO-JODE

Dubois

picături

sirole

IOD, ACIZI AMINICI, PROPANTRIOL
FĂRĂ FRICĂ DE IODISMIE SAU INTOLERANȚĂ



Mostre gratuite la cerere:

MEDIROM S. A. R. BUCUREȘTI IV — STR. OLARI 23 Tel. 2.39-46

BILI-SODINE UROMED

medicație entero-hepatică

CEPHALO

disolvant al acidului uric



Insuficiență secretorie a ficatului,
dispepsie, gastralgie, hyperclor-
hidrie, enterită, icter, colicistită,
aerophagie, intoxicație alimentară



Artrism sub toate formele,
reumatism, gută, diateză urică
arterio-scleroză, obeșitate
antiseptie urinară.

Mostre gratuite la cerere. MEDIROM S. A. R. BUCUREȘTI IV — STR. OLARI 23 TEL. 2.39-46

Vizita profesorului Morelli la Sibiu

Dela 11 la 14 Mai a. c., Facultatea de Medicină a Universității Regele Ferdinand I din Cluj la Sibiu a avut plăcerea să primească și găzduiască un ilustru savant și mare prieten al țării noastre: profesorul Eugenio Morelli, însoțit de colaboratorul său profesorul Gilberto Scorpati.

Director al Institutului Carlo Forlanini pentru studiul și combaterea tuberculozei, profesorul Morelli este una dintre cele mai proeminente personalități a școlii medicale italiene. Lucrările sale științifice în domeniul patologiei aparatului respirator, precum și marele său talent de organizator a luptei antituberculoase sunt cunoscute și admirate azi în toată lumea. Elev al marelui Carlo Forlanini care prin pneumotoracele său artificial a pus bazele terapiei moderne a tuberculozei pulmonare, profesorul Morelli a izbutit să desvolte și perfecționeze în modul cel mai fericit opera genialului său maestru dăruind medicinei o serie de procedee originale pentru tratamentul plăgilor toracice de războiu, a empiemelor și mai ales a tuberculozei. Cercetător neobosit dotat cu un spirit inventiv și o rară abilitate tehnică el a îmbogățit ftiziologia nu numai cu idei originale ci și cu o serie întreagă de aparate și instrumente de-o mare utilitate diagnostică și terapeutică.

Fiind în același timp un mare îndrumător și animator, el a știut să adune în jurul său o pleiadă de colaboratori de valoare unui V. Monaldi sau Omodeo Zorinni, cu ajutorul cărora a reușit să asigure ftiziologiei italiene un rol conducător în acest domeniu al medicinei.

Institutul Forlanini dela Roma este astăzi, fără îndoială cea mai glorioasă, mai modernă și mai bine utilată instituție științifică pentru studiul tuberculozei, iar opera de profilaxie a tuberculozei pe care o posedă azi Italia, în mare parte grație străduințelor profesorului Morelli, dispune de 22.000 paturi, peste 500 dispensarii, nenumărate preventorii și colonii de vacanță, fiind poate cea mai perfect organizată din câte există.

Medici din cele mai îndepărtate țări vin azi la Roma să-și completeze cunoștințele lor de ftiziologie, mai ales că Institutul Forlanini acordă un anumit număr de burse de studiu de care au beneficiat deja și câțiva medici români.

Pentru Facultatea noastră de Medicină vizita profesorului Morelli a fost o deosebită onoare și un

fericit prilej de-a strânge și mai mult legăturile de colaborare între ftiziologia italiană și română.

Atmosfera în care a decurs aceasta vizită a fost cât se poate de caldă. Captivanta personalitate a profesorului Morelli a cucerit dela început simpatia fără rezerve a tuturor celor ce au avut fericirea să-l cunoască și amplele discuțiuni pe care ilustrul oaspe le-a dus cu profesorii facultății noastre n'au fost numai un schimb de idei asupra celor mai variate probleme de patologie ce au servit în largă măsură cunoașterii reciproce și apropierii italo-române.

Viu impresionat de țărani din Ardeal care în comuna Viștea de jos au organizat un reușit festival în onoarea lui, primindu-l cu „Giovinezza” cântată în italienește, profesorul Morelli a accentuat în toate cuvântările sale unitatea de rasă și limbă dintre țărani italian și cel român, insistând asupra necesității mai imperioase azi ca oricând a unirii strânse a tuturor popoarelor latine „ce se revărsă ca un mare fluviu din Portugalia până în România”.

În conferința făcută la Universitate profesorul Morelli a tratat cu o rară măiestrie problema tratamentului chirurgical al tuberculozei pulmonare plecând dela noțiunile fundamentale

ale fiziopatologiei respiratorii. Printr'o serie de clișee radiografice a demonstrat rezultatele obținute cu ultimul tip de toracoplastie elastică axilară preconizată de D-Sa, prezentând și ingeniosul instrumentar original necesar acestei intervenții.

În a doua conferință, ținută la Institutul de cultură Italiană a vorbit despre lupta antituberculoasă în Italia arătând efortul imens pe care această țară l-a făcut pentru combaterea tuberculozei, precum și minunatele rezultate obținute. Plin de generozitate ne-a atras atenția asupra greșelilor ce se pot face într'o asemenea operă socială de mare anvergură, pentru ca România, care va trebui deacum înainte să rezolve problema tuberculozei, să le poată evita și-a pus la dispoziția țării noastre prețioasa sa experiență.

Cu prilejul ambelor conferințe profesorul Morelli a dat dovadă de o largă înțelegere nu numai pentru problemele noastre sanitare ci și pentru cele naționale, exprimându-și convingerea în izbânda dreptății noastre. Cuvintele înflăcărâte de caldă prietenie pe care le-a adresat României au mișcat adânc numeroasa



Profesorul Morelli

asistență deslănțuind la adresa sa o entusiastă manifestare de simpatie.

După ce-a vizitat institutele universitare exprimându-și admirația pentru modul cum ele au fost organizate în refugiu, precum și comuna Rășinari unde

a petrecut câteva ore ca oaspe al unei familii țărănești ilustrul oaspe a părăsit orașul îndreptându-se spre Iași. În cercurile medicale din Sibiu amintirea zilelor luminoase ale vizitei profesorului Morelli va rămâne neuitată.

Dr. I. D.

Note și informațiuni

— **Inspecțiile Domnului Ministru al Sănătății în Inspectoratele Sanitare Sibiu și Alba-Iulia.** În zilele de 12 și 13 Mai d-l Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, a inspectat regiunea Inspectoratelor sanitare din Sibiu și Alba-Iulia.

Prima vizită a făcut-o în comuna Viștea de jos, jud. Făgăraș, la Dispensarul Sanitar de acolo. La Sibiu a inspectat în special școala surorilor infirmiere, unde a rămas foarte mulțumit de felul cum este organizată, condusă și cum funcționează această școală. A inspectat apoi instituțiile sanitare și spitalicești din Alba-Iulia, Sebeș-Alba, Turda, Aiud, Făgăraș, Brașov.

Decrete și Deciziuni

— **Prin Decretul Nr. 1149/1942 M. S. O. S.,** publicat în Mon. Of. Nr. 93 din 22 Aprilie 1942, s'au acordat transferări și noi concesiuni de farmacii.

— **Prin Dec. M. S. O. S. Nr. 3467,** publicată în Mon. Of. Nr. 95 din 25 Aprilie 1942, d-l Docent Marius Georgescu, medic primar al spitalului Colțea, se delegeă inspector general sanitar pentru spitalele M. S. O. S. D-sa va controla în deaproape buna funcționare a spitalelor și în special cele destinate îngrijirii răniților.

— **Prin Decretul Nr. 1190,** publicat în M. Of. Nr. 98 din 29 Aprilie 1942, d-l Dr. Grigore Șteanu, medic primar al serviciului de boli interne dela Spitalul din Orhei se transferă în postul de medic primar al serviciului de boli interne dela Spitalul din Călărași-Ialomița, vacant.

Dr. Anghelescu Virgil, actual medic specialist în pediatrie și puericultură la Institutul Maternitatea C. F. R. „Regina Elisabeta”, București, se transferă definitiv pe baza concursului depus la Min. S. O. S. în postul de medic primar al secției de pediatrie dela Spitalul „Elisabeta Doamna” din Galați, vacant.

Dr. Boeriu Iosif, medic primar al circ. Șemlacul-Mare, jud. Timiș, se transferă definitiv în postul de medic de circ. Căiova, jud. Timiș, vacant.

Dr. I. Antonescu, medic stagiar al circ. Șoimari, jud. Prahova, se transferă în aceeași calitate în postul de medic al circ. Moreni, același județ, vacant.

Dr. Dimoftache Gheorghe, medic stagiar al circ. Frăsinet din jud. Vlașca, se confirmă definitiv în postul ce ocupă, având stagiul cerut de lege.

— **Prin Decizia Ministerială Nr. 6665/1942,** publicată în Mon. Of. Nr. 101/1942, Dr. Nicoară Eugen, medic primar chirurg și director al Spitalului din Reghin, inspector general sanitar onorific, se numește provizoriu, pe 1 Mai 1942, medic primar chirurg și director al Spitalului „Gh. Mărzescu” Brașov, în locul d-lui Dr. Liviu Câmpeanu, detașat la București.

D-l Dr. Nicoară Eugen va locui și va lua masa în spital, plătind contravaloarea.

— **In Mon. Of. Nr. 101** din 2 Mai 1942 s'au publicat transferări, pe data de 1 Mai 1942, de interni de spitale, cu concurs, în posturile alese prin rotație, la spitalele din București, și numiri de interni de spitale la spitalele din București, în posturile alese în ordinea clasificărilor pe baza concursului depus.

— **Prin Dec. Min. Cult. Naț. și Cult. Nr. 88750/1942,** d-l Dr. Gh. Zugravu, șef de lucrări, la Facultatea de Medicină din Sibiu, rămâne definitiv pus în retragere pe 1 Septembrie 1942.

— **Prin Dec. Min. Cult. Naț. și Cult. Nr. 88748/1942,** d-l Mihai Botez, profesor la Facultatea de Medicină din Sibiu, rămâne definitiv pus în retragere din oficiu, pe data de 1 Septembrie 1941.

— **Prin Dec. Min. Cult. Naț. și Cult. Nr. 80768** din 1942, Dr. Țârlea Petru, șef de lucrări, Dr. Liviu Modranu, Dr. Nicolae Păcescu, asistenți, personal didactic ajutător la Clinica Dermato-Venerică a Facultății de Medicină din Sibiu, au fost confirmați cu titlu provizoriu în posturile indicate în dreptul fiecăruia, primii doi pe data de 1 Februarie 1942, iar al treilea pe data de 15 Octombrie 1941.

— **Prin Decizia Min. Cult. Naț. și Cult. Nr. 88749/1942**, Dr. Vasile Luștea, asistent la Institutul de igienă al Facultății de Medicină din Sibiu, a fost confirmat cu titlu provizoriu, pe data de 1 Noembrie 1941, în postul ce ocupă.

— **Min. Cult. Naț. și Cult.** prin Decizia Ministerială Nr. 64411 din 1942, d-nei Dr. Rodica Belian Fischer, asistentă cu titlu provizoriu la Clinica Otorino-laringologică de pe lângă Facultatea de Medicină din București, i s'a prelungit termenul de funcționare pe o perioadă nouă de 5 ani, dela 1 Aprilie 1942.

Prin Decizia Nr. 63545 din 1942, d-l Dr. Strat C-tin, asistent la Clinica Medicală dela Facultatea de Medicină din Iași, a fost definitivat pe data de 20 Martie 1942, pe termen de 5 ani în postul ce ocupă.

Prin Decizia Nr. 65730 din 1942, d-l Dr. D. Timușd., asistent la catedra de Clinică medicală infantilă de pe lângă Facultatea de Medicină din București, a fost definitivat, pe data de 24 Martie 1942, pe termen de 5 ani în postul ce ocupă.

Prin Decizia Nr. 73121 din 1942, d-l Dr. Toma Ionescu, șef de lucrări suplinitor la Clinica chirurgicală și a boalelor urinare dela Facultatea de Medicină din București, a fost definitivat pe data de 2 Aprilie 1942, în postul ce ocupă.

Prin Decizia Nr. 76681 din 1942, d-l Dr. Eugen Floru, șef de lucrări cu titlu provizoriu la Institutul de anatomie de pe lângă Facultatea de Medicină din București, a fost definitivat pe data de 13 Aprilie 1942, în postul ce ocupă.

Prin Decizia Nr. 91698 din 1942, d-l Dr. Iosif Mihalca, asistent la Institutul de istologie și embriologie al Facultății de Medicină din Sibiu, a fost definitivat pe data de 1 Mai 1942, pe un termen de 5 ani, în postul ce ocupă.

Prin Decizia min. Nr. 93656 din 1942, d-ra Dr. Bogdan Ana, asistentă la Laboratorul de istologie al Facultății de Medicină din Iași, a fost definitivată, pe data de 1 Mai 1942, pe timp de 5 ani, în postul ce ocupă.

Prin Decizia min. Nr. 65731 din 1942, d-l Dr. Virgil Angheliescu, asistent la catedra de istologie și embriologie de pe lângă Facultatea de Medicină din București, a fost definitivat pe data de 24 Martie 1942, pe timp de 5 ani, în postul ce ocupă.

— **Prin Decizia M. S. O. S. Nr. 3171**, publicată în Mon. Of. Nr. 92 din 21 Aprilie 1942, se fixează ziua de 25 Iunie 1942, pentru începerea examenului de capacitate pentru obținerea titlului de cosmeticieni, care se va ține la București.

Pentru admiterea la examen candidații vor trebui să îndeplinească următoarele :

a) Condițiunile prevăzute de art. 6 din Regul. legii pentru practica de cosmeteciani și anume :

1. să fie cetățean român ;
2. să fie major ;
3. să aibe cel puțin 4 clase primare ;
4. bărbații să fi satisfăcut legea recrutării ;
5. să nu fi suferit vreo condamnare judecătorească cu caracter infamant ;
6. să nu fie atins de vreo boală contagioasă sau altă infecțiune care-l face impropriu acestei profesii ;
7. să prezinte certificatul de moralitate ;
8. să cunoască limba română în scris și vorbit ;
9. să fie arian.

Dovada condițiunilor dela punct. 1—7 se face prin certificate originale sau copii autentice. Pentru punct. 6 se iau în considerare numai certificate eliberate de medici oficiali. Comisia de examinare are dreptul să verifice starea sănătății candidatului.

Cererile de înscriere, însoțite de actele prevăzute de punct. 1 și 2, precum și taxa de 2000 lei, prev. de art. 10 al aceluiași regulament se vor depune la minister în decurs de 30 de zile dela publicarea în Mon. Of. a prezentei deciziuni.

— **Prin Dec. Min. S. O. S. Nr. 3172**, publicată în Mon. Of. Nr. 92 din 21 Aprilie 1942, se institue următoarea comisiune de examinare pentru candidații care au înaintat cereri de înscriere în termen legal la examenul pentru practica cosmeticeii :

D-l Prof. Dr. Florea Sărățeanu, dela catedra de dermato-sifilografie a Fac. de Medicină din București ;

D-l Dr. N. Vătămanu, medic primar dermato-sifilografic ;

D-l Dr. Cantemir Angheliescu, directorul igienei sociale din Minister ;

D-l Dr. Leon Prodan, medic-șef al municipiului București ;

D-l Dr. Valentin Sava, medicul legist al Tribunalului Ilfov ;

D-l Dr. Simion Mihălțeanu, subdirector din Direcția igienei sociale din Minister.

Se fixează ziua de 25 Iunie 1942, pentru începerea examenului care se va ține la București.

— **In Mon. Of. Nr. 94** din 24 Aprilie 1942 s'a publicat D. L. Nr. 317 pentru revizuirea punerii în retragere sau a trecerii în cadrul disponibil a membrilor corpului didactic din învățământul superior.

— **Urmare Deciziilor Nr. 83466/1941 și 89866/1942**, prin Decizia min. Nr. 4766/1942, publicată în Mon. Of. Nr. 100 din 1 Mai 1942, cu începere din

1 Aprilie 1942 vor primi indemnitatea lunară de lei 4000, fără a mai primi indemnitatea de activitate de lei 2000 :

3 medici secundari la Sanatoriul T. B. C. Geoagiu ;

1 medic secundar la Ospiciul pentru Cronici Mintali Râul Vadului ;

Medici circ. san. rurale : Ruginești, Suraia și Bârsești din jud. Putna.

— **In Monitorul Oficial Nr. 109** din 12 Mai 1942, Min. S. O. S. aduce la cunoștință că în lunile Iunie și Noembrie 1942 se vor ține examenele de clasificare pentru medicii primari de specialitate în localul Ministerului din Calea Plevnei Nr. 19, București.

Prima sesiune de examen va începe în ziua de Joi, 18 Iunie 1942, ora 9, iar a doua sesiune Luni, 16 Noembrie 1942, ora 9.

Detaliile asupra examenului, asupra probelor și a cererilor se pot vedea în susmenționatul Mon. Oficial.

— **Min. S. O. S.**, prin Mon. Of. Nr. 111 din 15 Mai 1942, publică următoarea *rectificare* :

În publicația concursului de medici primari de specialitate inserată în Mon. Of. Nr. 109, Partea I, din 12 Mai 1942, s'a omis a se trece la pag. 3981, punct. I, specialitatea Urologie, iar la pag. 3982, Cap. E., probele pentru specialitatea Psihiatrie.

Redacțiunea acestora se poate vedea în Mon. Of. Nr. 111 din 15 Mai 1942.

— **In Mon. Of. Nr. 113** din 18 Mai 1942 s'a publicat Deciziunea Min. S. O. S. Nr. 10572, cu privire la ocuparea posturilor de interni și externi :

Art. I. — Nici un doctor în medicină nu va putea ocupa în mod provizoriu un post de intern sau extern la spitale sau dispensare.

Art. II. — Nu vor putea ocupa posturi de interni în farmacie la spitale sau dispensare, licențiații Facultății de Farmacie. Aceste posturi se vor ocupa numai de către studenții în farmacie.

Art. III. — Actualii doctori în medicină care ocupă posturi de interni sau externi, în mod provizoriu (fără concurs), precum și licențiații în farmacie care ocupă posturi de interni, se socotesc demisionați pe data de 15 Mai a. c.

(La aducerea acestei deciziuni s'a avut în vedere necesitatea completării tuturor vacanțelor de medici de circumscripție rurală și a posturilor de farmaciști la spitale.)

— **Examele de clasificare pentru medicii primari de specialitate.** În lunile Iunie și Noembrie 1942 vor avea loc două sesiuni de examene de clasificare pentru medicii primari de specialitate. Prima

sesiune de examene va începe în ziua de Joi, 18 Iunie, iar a doua sesiune în ziua de 16 Noembrie 1942.

Examele se vor ține pentru următoarele specialități :

a) Din grupul specialităților medicale :

1. Medicină internă.
2. Pediatrie și puericultură.
3. Dermatologie, sifilis și boli venerice.
4. Boli contagioase.
5. Tuberculoză.
6. Neurologie.
7. Psihiatrie.

b) Din grupul specialităților chirurgicale :

1. Chirurgie generală.
3. Chirurgie infantilă și ortopedie.
4. Stomatologie.
5. Neurochirurgie.
6. Oftalmologie.
7. Oto-rino-laringologie.

Cererile însoțite de acte se vor adresa Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale cu zece zile libere înainte de datele fixate pentru examen. În cereri se va specifica specialitatea pentru care se concurează.

Candidații la examenele de clasificare pentru medicii primari de specialitate trebuie să aibă un stagiu spitalicesc de cel puțin trei ani în specialitatea respectivă ca doctor în medicină, timp în care să fi ocupat o funcțiune publică (medici secundari, preparatori, asistenți universitari, etc.) în țară sau într-o instituțiune publică din străinătate recunoscută de Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

Probele examenelor de clasificare, precum și chestionarele de medicină socială, de chirurgie operatorie, de epidemiologie, te tehnică radiologică sunt publicate în Monitorul Oficial Nr. 109 din 12 Mai 1942.

Numirea internilor și externilor la Serviciile spitalicești.

Prin Decizia Ministerială Nr. 7.020 din 1 Mai 1942, s'au făcut următoarele numiri de interni de spitale, pe ziua de 1 Mai 1942 ; pe termen de 3 ani, în posturile alese în ordinea clasificării, pe baza concursului depus :

Spitalul Public Sibiu

Vasiliu Alexe și Alexandrescu Gheorghe, la Secția chirurgie.

Comes Liviu, la Secția medicală.

Ghinescu I. Cornel, la Clinica II-a medicală.

Cătană Ilie, la Secția contagioși.

Grigoriu Tiberiu, la Secția dermato-venerică.

Lipianu Gheorghe, la Secția puericultură.

Sturza Mihai, la Secția oftalmologică.

Stavre Tașcu P. Alexandru, la Secția T. B. C.

Spitalul de Boli Mintale și Nervoase Sibiu

Ille Gerda Francisca, Căpușan Valeria și Ocheșelu Gh. Nicolina la Serv. I.
Filip I. Matei, la Clinica neuro-psihiatrică.

Institutul de Cancer Sibiu

Dumitru Olimpia.

Clinicile Universitare Sibiu

Comes Victor și Cosma Vasile, la Clinica I-a medicală.

Negru Bogdan și Fălcoianu M. Alexandru, la Clinica chirurgicală.

Costescu Mihail, la Clinica urologică.

Căpușan I. Iuliu, la Clinica dermato-venerică.

Rupp Ladislau, la Clinica stomatologică.

Benchea Victoria, la Clinica oto-rino-laringologică.

Săsăreanu P. Vasile, la Clinica balneologică.

Ionescu Valeria și Achim Stefan, la Clinica ginecologică.

Prin Decizia Ministerială Nr. 7.018 din 1 Mai 1942, s'au făcut următoarele numiri de externi de spitale, pe ziua de 1 Mai 1942, pe termen de 2 ani, în posturile alese în ordinea clasificăției, pe baza concursului depus:

Spitalul Public Sibiu

Miclăuș Vasile, Cosma Aug. Aurel, Ponova I. Teodor, Frățilă Aug. Ovidiu și Moldovan Tiberia, la Secția chirurgie.

Avram I. Jecu și Pop Augustin, la Secția medicală.

Papilian Mihaela și Todicescu Liviu, la Clinica II-a medicală.

Boieriu Emil, la Secția contagioși.

Nossa Liviu, la Secția dermato-venerică.

Garoiu Felicia și Sersea Valeria, la Secția puericultură.

Damian Viorica și Popa V. Elena, la Secția oftalmologică.

Popovici Ioan, la Secția T. B. C.

Spitalul de boli Mintale și Nervoase Sibiu

Câmpeanu Vasile, Gușeală Iuliana, Russu Aurora, Bălan Angela, Onac Gheorghe și Morariu Liviu.

Institutul de Cancer Sibiu

Vaida Voevod, Alexandru.

Clinicile Universitare Sibiu

Kijowschi Ieromir la Clinica neuro-psihiatrică.

Pop Zeno, Pană I. Constantin, Aleman Mircea, Perhaița Oliver și Părășcan Cornel, la Clinica I-a medicală.

Ghiția Mircea, Gherman Emil, Gherman Gheorgiu, Păcală Marius și Mitariu Mircea, la Clinica chirurgicală.

Stefănescu Gheorghe, Grănescu Mircea și Șurtea Stefan, la Clinica urologică.

Mihăilescu Alexandrina, Mârza Ion, Stefănescu Nicolae și Iliescu Victor, la Clinica dermato-venerică.

Nistoa Maria și Peter Otilia, la Clinica stomatologică.

Săbăduș Valeria, Popescu Margareta, Tutchim Nicolae, la Clinica oto-rino-laringologică.

Iliescu Lavinia, Suciș Titus și Rașiu Radu, la Clinica ginecologică.

Andronescu Adriana, la Clinica balneologică.

Posturi vacante

— Min. S. O. S., Dir. Personalului.

Se aduce la cunoștință că este vacant postul de medic primar chirurg la serviciul medical al Prefecturii Poliției Capitalei.

Toți cei cari îndeplinesc condițiile art. 89, paragraful II, din Decretul-lege pentru unificarea normelor de recrutare, numire și funcționare a personalului tehnic, publicat în Mon. Of. Nr. 47 din 24 Februarie 1942, și doresc a fi transferați în post, vor face cereri acestui Minister în termen de 20 zile dela inserarea prezentei publicațiuni în Mon. Of. (Nr. 7374 din 1 Mai 1942.)

— **Rectificare.** În numărul 5 al revistei noastre, pagina 192, coloana a 2-a, rândul 2, în articolul „Sulfamidele în Dermato-Venerologie” din eroare s'a trecut că specialitatea „Rubiazol” este produsul casei „Specia”. Facem cuvenita rectificare, întrucât Rubiazolul este produsul Laboratorului Dr. Roussel, Paris, iar în România este reprezentat de Laboratorul Farmaceutic „Luteția” S. A. R., București.

Bibliografie

din sumarul revistelor streine primite la redacție

Wiener Klinische Wochenschrift. Nr. 14. vom 3. April, 1942.

Kehlkopfkrebs: H. Marschik.

Über die Arterialisierung des Blutes zur Heilanwendung: E. Hamberger.

Beitrag zur Biochemie der Galle in verschiedenen Altersstufen: Kotsovsky.

Zur Pathogenese und Therapie der essentiellen Thrombopenie. Corpus Luteum-Behandlung: R. Stroeger.

Nr. 15. vom 10. April, 1942.

Frauensport: T. Antoine.

Behandlungsergebnisse der Peritoneal- und Urogenitaltuberkulose: W. v. Schlosserer.

Über Bauchschmerzen: F. Hamburger.

Wie behandle ich die chronische Gastritis? : D. Roller.

Nr. 16. vom 17. April, 1942.

Fruchtbarkeit und Fruchtbarkeitsbereitschaft: H. Siegmund

Was soll und was muss der praktische Arzt in seiner Ordination operieren: F. Demmer.

Über Beschleunigung und Hemmung des Alterns beim Menschen: D. Ketsovsky.

Welche Krankheiten behandle ich mit Vitaminen?: D. Roller.

Nr. 17. vom 24. April, 1942.

Mutter und Kind in der Gesundheitsfürsorge: M. Gundel.

Die Psyche der Frau: A. Prinz Auersperg.

Zur Behandlung der Mastitis puerperalis abscondens: D. Nitsche.

Über einen Fall von Meningitis epidemica mit septischem Zustandsbild: R. Singer.

Was soll und was muss der praktische Arzt in seiner Ordination operieren? (Schluss): F. Demmer.

Deutsche Medizinische Wochenschrift. Nr. 15. vom 10. April, 1942.

Hormonale Therapie im Kindesalter: Bessau.

Beitrag zur Behandlung hormonaler Störungen mit oestrogenen Stilben-Präparaten: Bauer.

Zur Morphologie des Kleinfingersymptoms: Lutz.

Zur Weiterentwicklung der Malariasporoziten im Warmblüter: Schulemann.

Behandlung von Schlafstörungen.

Nr. 16. vom 17. April, 1942.

Die Erfolge der Sulfonamistherapie bei der otogenen und rhinogenen Meningitis: Tonndorf.

Prophylaktische äussere Wendung auf den Kopf bei Beckenendlagen: Reifferscheidt und Vent.

Wie sind gekochte Speisen im Hinblick auf mögliche Schonung der Vitamine aufzubewahren und aufzuwärmen: Dienst.

Beitrag zur Frühdiagnose bei Herzscheiden: Landen.

Nr. 17. vom 24. April, 1942.

Zur Therapie des Magengeschwürs mit Progesteron und anderen Cholestenon-Abkoemmlingen: Korbisch.

Über die Weiterentwicklung der Diabetestherapie auf Grund klinischer und katamnestischer Ergebnisse im letzten Jahrzehnt: Jakob.

Zur hygienische Bekämpfung der epidemischen infektiösen Darmerkrankungen: Lüttger.

Ist die elektrische Behandlung Poliomyelitis skranker von Nutzen und wie soll sie gehandhabt werden?: Güntz.

Versuche über die Verträglichkeit der Stilbene: Preisecker.

Delir nach Genuss einer überdosierten Atropinemulsion: Schumann.

Einfache Apparatur zur Sterilisation von Wasser und Lösungen: Stich.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift. Nr. 16. vom 18. April, 1942.

Rhinopathia vasomotorica und verwandte neurovaskuläre Störungen der Nase und der Nebenhöhlen: E. Lüscher.

Über eine neuartige Behandlung gewisser Formen der Lungentuberkulose: Nandor Rona.

Zur Biologie der menschlichen Samenfäden: C. A. Joel.

Klinische Erfahrungen mit dem neuen Desinfektionsmittel Desogen: Andreas Christ.

Hypersensibilität cutanée aux Anesthésiques locaux du groupe de l'Aniline, R. Paillard et F. Wyss-Chodat.

Ein neues Transfusionsgerät für die Armee und den praktischen Arzt: Rudolf Bucher.

Nr. 17. vom 25. April, 1942.

Die Therapie der Angina pectoris: Rudolf Massini.

Prothrombin und Vitamin K.: Börje Uvnäs

Pantheocytophtise (Agranulozytosesyndrom) und Leukämie im Kindesalter: E. Glanzmann.

Das Heufieber: R. Pressburger.

Oedème pulmonaire subaigu et curable des nourrissons: P. Gautier et Y. Parhami.

Die Medizinische Welt. Nr. 15. vom 11. April, 1942.

Schussverletzungen der Blutgefässe: Prof. Dr. F. O. Haberland.

Das Ohrensausen: Prof. Dr. R. Perwitzschky.

Der Betriebsarzt: Ministerialrat Prof. Dr. Koelsch.

Ein Reichsgerichtsurteil zur Schadensersatzpflicht des Arztes. Wann kann der Steuerpflichtige Berichtigung einer Steueranmeldung beanspruchen?: Dr. jur. Cordes.

Nr. 16. vom 18. April, 1942.

Schussverletzungen der Blutgefässe (II) Prof. Dr. Haberland.

Compressio cerebri: Doz. Dr. F. Jaeger.

Über die Erteilung von Eheunbedenklichkeitsbescheinigungen bei unerwartet positiven Seroreaktionen: Prof. Dr. W. Richter.

Das Heilklima von Südwestafrika: Dr. A. Tochtermann.
Die Feststellung der Blutalkoholkonzentration als Beweismittel
im Prozess: Dr. W. Becker.

Nr. 17. vom 25. April, 1942.

Die Bedeutung der experimentellen Forschung im Dienste der
Seuchenbekämpfung, unter besonderer Berücksichtigung
eigener Forschungsergebnisse: Geh. Reg. Rat Prof. Dr. Uh-
lenbuth.
Grundlagen einer Vitaminprophylaxe bei Infektionskrankheiten:
Doz. Dr. H. Juszat.
Künstlich gesteigerte Diurese und Milchproduktion: Dr. H.
Müller.
Der Mord durch Erhängen: Dr. R. Winter.

Nr. 18. vom 2. Mai, 1942.

Zur Prophylaxe und Therapie der akuten diffusen Glomeru-
lonephritis: Prof. Dr. R. E. Mark.
Über Urobilinurie und die Gleichzeitige Bestimmung von Uro-
bilin-Bilirubin im Harn zur Beurteilung des totalen und
partiellen Cholelithusverschlusses: Prof. Dr. K. Hoesch
Hypophysenbestrahlung bei Diabetes: Prof. Dr. R. L. Grote.
Beitrag zur Therapie des Empyems: Dr. O. W. Lürmann.
Unser heutiges Wissen von der nichtmendelistischen Verer-
bung: Prof. Dr. Paula Hertwig.

Hippokrates, Nr. 14. vom 2. April, 1942.

Das Ozon in der Behandlung der chronischen Venenentzün-
dungen, der Krampfadern und der varikösen Beingeschwüre:
Bircher.
Zur Behandlung der Zuckerkrankheit: Kötschau.
Die vegetative Dystonie als Gegenstand des Naturheilver-
fahrens: Fendel.
Eine vergessene Heilpflanze: Rückle.

Nr. 15. vom 9. April, 1942.

Wo liegen die Gefahren der Pervitinverordnung: Grevig.
Beitrag zur Behandlung der Folgezustände nach Poliomyelitis
acut. ant.: Schotte.
Zur Frage der Apendizitis-Behandlung vor Gericht: Jungbluth
Zum 25-jährigen Todestag Emil von Behrings: Fürst.

Nr. 16. vom 16. April, 1942.

Beitrag zur diätetischen Therapie der Lungentuberkulose:
Oefelein.
Das Hämatoporphyrin-Nencki. Seine Anwendung in Klinik und
Praxis: Hühnerfeld.

Nr. 17. vom 23. April, 1942.

Die Anamnese der streptomycotischen Symbiose: Kosch.
Über einige physiologische und therapeutische Ergebnisse bei
der Anwendung von Spenglersan: Mueller.
Angst und Essen: Tochtermann.

Der Landarzt, Nr. 14. vom 1. April, 1942.

Der Landarzt und seine Patienten: Dr. med. E. Greggers.
Vollkornbrot gut gekaut ist halb verdaut: Dr. M.

Nr. 15. vom 8. April, 1942.

Die Bedeutung der Hagebutte für Ernährung und Medizin:
Dr. H. Braun.
Freiheit durch Brot: Hermann Welke.

Nr. 16. vom 15. April, 1942.

Warum konnte sich die Homöopathie so schwer durchsetzen?
Dr. Erich Haehl.
Frühjahrkuren mit Vollkornbrot: Dr. Kaufmann.
Die Front der 550 Millionen: Hermann Welke.

**Zeitschrift für Aerztliche Fortbildung, Nr. 7. vom 1.
April, 1942.**

Die therapeutische Wirkung von Schlangen- und Bienengift:
Prof. Dr. K. Schübel.
Über die tiefe subpectorale Phlegmone: Prof. Dr. F. Landois.
Beitrag zur Klinik und Röntgenologie des Nasenrachenraumes:
Doz. Dr. Bayer.
Eigenartige entzündliche Veränderungen an den Zungenrändern:
Dr. Kreyes.

Nr. 8. vom 15. April, 1942.

Über die Übungsbehandlung Herzkranker: Prof. Dr. Siebeck.
Missbildungen der Brustdrüse und ihre klinische Bedeutung:
Dr. H. Krüger-Martius.
Die Homöotherapie der Migräne und des habituellen Kopf-
schmerzes: G. Schimert jr.

Nr. 9. vom 1. Mai, 1942.

Differentialdiagnose des Fleckfiebers: Prof. Dr. Dennig, Ob.
Staabsarzt.
Ist das Monokel- oder Brillenhämatom beweisend für einen
Schädelgrundbruch und wie ist seine Prognose: Dr. H.
Westermann.
Neuere Auffassungen über „Aktinomykose“: Prof. Martin
Wassmund.

**Wiener Medizinische Wochenschrift, Nr. 14. vom 4.
April, 1942.**

Wie behandelt man Varizen und ulcera cruris?: Privat-Dozent
Dr. St. Wolfram.
„Bipolar“ angreifende Therapie im vegetativendocrinen System:
Dr. W. Herbrand.
Bioklimatik und Siedlungsmöglichkeiten in den Tropen: Dr.
W. Herbrand.

Nr. 16. vom 18. April, 1942.

Wie lese ich Elektrokardiogrammbefunde?: Dr. Oskar v. Zim-
mermann.
Strahlentherapie als Mittel der Konstitutionsforschung: Dr.
Otto Hauswirth
Ein Beitrag zur Ätiologie, Diagnostik und Therapie der Sym-
physenruptur: Oberarzt Dr. K. W. Dryden.

Nr. 18. vom 2. Mai, 1942.

Welche Hauterkrankungen sind für den praktischen Arzt
wichtig?: Prof. Dr. A. Matras.

„Würgefixation“ der Gaumenmandel beim Peritonsillarabcess : Dr. W. Haardt.
Strahlentherapie als Mittel der Konstitutionsforschung: Dr. Otto Hauswirth.

Therapie der Gegenwart, Heft 1. Januar, 1942.

Störungen des Eisenstoffwechsels und ihre Behandlung: Prof. Dr. L. Heilmeyer-Jena.
Schulgemässe Behandlung und naturgemässe Heilmethoden in der Dermato-Venerologie: Prof. Dr. P. Miltzer-Hamburg.
Erniedrigung des Schädelinnendruckes: Prof. Dr. Schaltenbrand u. Dr. Wolff.
Zur Behandlung der Zuckerkrankheit: Prof. K. Kötschau.
Die Bedeutung der Sulfonamide in der Geburtshilfe und Gynäkologie: Prof. Dr. W. Benthin.
Bluttransfusion mit konserviertem Blut und seine Bedeutung für den praktischen Arzt: Dr. W. Heim.

Heft 2. Februar, 1942.

Aerztliche Intuition und soziale Therapie: Dr. W. Hollmann.
Die Behandlung der tuberkulösen peripheren Lymphknoten: Dr. H. Brügger.

Störungen des Eisenstoffwechsels und ihre Behandlung (II): Prof. L. Heilmeyer.

Die Erkennung und Behandlung des paranephritischen Abszesses: Doz. Dr. Paul Deuticke.

Zur Behandlung des Morbus Bang mit Prontosil: Dr. H. Sapinski.

Perorales Quecksilberdiureticum: Dr. G. Arany.

Heft 3. März, 1942.

Blutgruppenfehlbestimmungen, ihre Folgen für die Blutübertragung und ihre Ursachen: Prof. Dr. Pietrusky.
Theorie und Praxis des Gewerbeschuttsalben: Prof. Dr. G. Hopf.
Die Goldbehandlung des Asthma bronchiale mit Solganal: Dr. G. von Lebinsky.
Die Wirkung des Veritol-Cardiazols (Veriazols) bei Kreislaufschwäche: Dr. A. Boschetti.
Erfahrungen mit der Cibazol-Behandlung der männlichen Gonorrhoe: Dr. V. Lundt.
Zur Behandlung der Dysmenorrhoe: Dr. H. Tischer.
Physikalische Therapie chronisch rheumatischer Gelenkserkrankungen: Dr. H. Schön.

Folia Therapeutica, Heft 4. April, 1942.

Notițe terapeutice

Despre hormonoterapia pe cale bucală cu preparate de stilben. V. Roth, Clinica ginecologică Karlsruhe. Gebh. u. Frauenhkd. 1941, Nr. 1, p. 12.

R. a încercat noile preparate de stilben la diferite tulburări hormonale ale femeii. Bolnavelor cu amenoree secundară R. le-a dat de câte 5–6 ori 2,5 mgr. de Cyren B la interval de 3 zile, per os, și apoi le-a făcut injecții cu câte 15–25 mgr. Lutren în 6–10 zile. Rezultatul așteptat s'a produs: frotiurile făcute ocazional au arătat efectele bune asupra refacerii endometrului. Un exemplu:

E. B. 31 de ani; mai înainte, menstruații la fiecare 4–5 săptămâni, dela vârsta de 14 ani; de 3 ani, tulburări menstruale; menstrele nu apar decât la 6–8 săptămâni pentru 7–8 zile, iar de 7 luni amenoree completă, cu cădere foarte abundentă a părului. Greutatea 110 kgr. S'a dat de 6 ori Cyren B pe cale bucală, câte 2,5 mgr. la interval de câte 3 zile, apoi Lutren, de 4 ori câte 100 mgr. la interval de câte 2 zile. Într'a 26-a zi de tratament, se instalează o menstruație de 7 zile. Nici un fel de fenomene secundare.

Și la alte cazuri, rezultatele au fost satisfăcătoare; de fiecare dată s'au putut produce menstruații de 8–12–16 ori; pe lângă aceasta în cursul tratamentului ulterior se poate reduce doza de Cyren B în tablete până la 9–10 mgr. La 2 femei, cari au revenit amenoreice după încetarea tratamentului, deoarece terapia pe cale bucală nu a dat nici un rezultat, deabia administrarea

parenterală a Cyrenului B și a Lutrenului a dus la o nouă înlăturare a amenoreei.

În dismenoree, R. obținea pe vremuri rezultate cu câte 2,5–3 mgr. de Cyren B pentru fiecare ciclu, parenteral, cu tratamentul pe cale bucală făcut acum, erau necesare cantități ceva mai mari, cam până la dublul dozei de Cyren B. După durata fiecărui ciclu se administrează în ziua a 12-a, a 14-a și a 16-a, sau în a 13-a, a 15-a și a 17-a zi dela începutul ultimei menstruații câte 4–5 tablete de Cyren B forte (=0,5 mgr.), în total 6–7,5 mgr., totuși mai târziu s'a constatat că și 4–5 mgr., repartizate pe 2 zile, erau suficiente. Uneori, efectul dorit nu se manifesta decât la al 2-lea sau al 3-lea ciclu. Numai în hipoplaziile foarte mari, era posibil să nu apară nici un rezultat.

În tulburările climatice, sunt absolut suficiente 0,1–0,2 mgr. de Cyren B (zilnic). Numai rareori doza trebuie mărită. Eșecurile sunt aproape excluse.

În colpita senilă pomada cu Cyren (în tampoane) a înlăturat rapid modificările obiective și tulburările subiective atât de neplăcute. De cele mai multe ori au fost suficiente 3–4 tratamente, la interval de câte 2 zile. Numai în afecțiunile foarte rebele, a trebuit administrat Cyrenul B ca doză suplimentară, în cantitate de câte 2,5 mgr. pe gură sau i. m., o singură dată. Și eroziunile au putut fi influențate în bine în felul acesta. Chiar și la un ulcer al gambei, care persista de ani de zile, s'a putut realiza odată cicatrizarea cu pomada de Cyren B.



OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

INLOCUEȘTE CARNEA CRUDA ȘI FIERUL

ADMIS IN TOATE SPITALELE DIN PARIS

DOZA : 1 lingură de supă înainte de fiecare mese

Depozit permanent : Drogueria, Standard, Str. Sf. Ionică 8, București

MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subțire)
pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni
ale

Căilor urinare

★

Absolut netoxic
Foarte economic

(durată scurtă de tratament)



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

BISMUTO TERAPIA SIFILISULUI

PE CALE
INTRAMUSCHIULARA

NÉOCARDYL

SOLUTIE OLEIOASA
de butil-tio-laurat de bismut

INJECTII NEDUREROASE
ELIMINARE INCEATA SI CONTINUA

*Prezenta sulfului în molecula favorizeaza
actiunea terapeutica datorita
proprietatilor sale antitoxice.*

NEOCARDYL

(PENTRU ADULTI)

cutii cu 12 fiole de
1 1/2 cc. continând
0,075 gr. de bismut metal

NEOCARDYL

(INFANTIL)

cutii cu 10 fiole de
1 cc. continând
0,015 gr. de bismut metal

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8^e)

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL

Anul XXIII

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Dr. I. Cosma, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. M. Teleman, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Conf. Dr. I. Voicu, Dr. V. Weindel.

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

Secretar de redacție:

Dr. D. CĂPRIOARĂ

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA:

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45

Normacol

Laxativul fiziologic



*Superioritatea capacității de a
se umfla a Normacol-ului*

față de alte substanțe naturale este dovedită experimental.

Experiența clinică

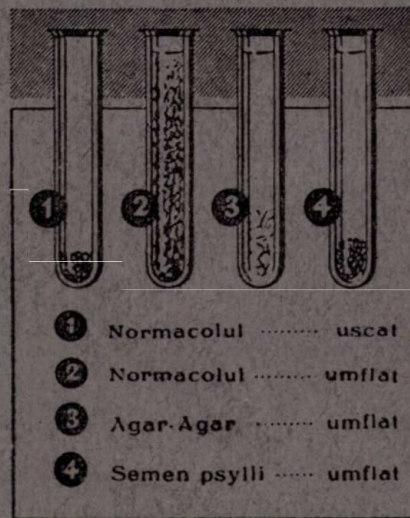
arată, că corespunzător capacității sale mărite de a se umfla, cu Normacolul se obține un scaun mai voluminos.

Scaunele cu Normacol nu diferă de loc de scaunele normale.

40 publicațiuni științifice

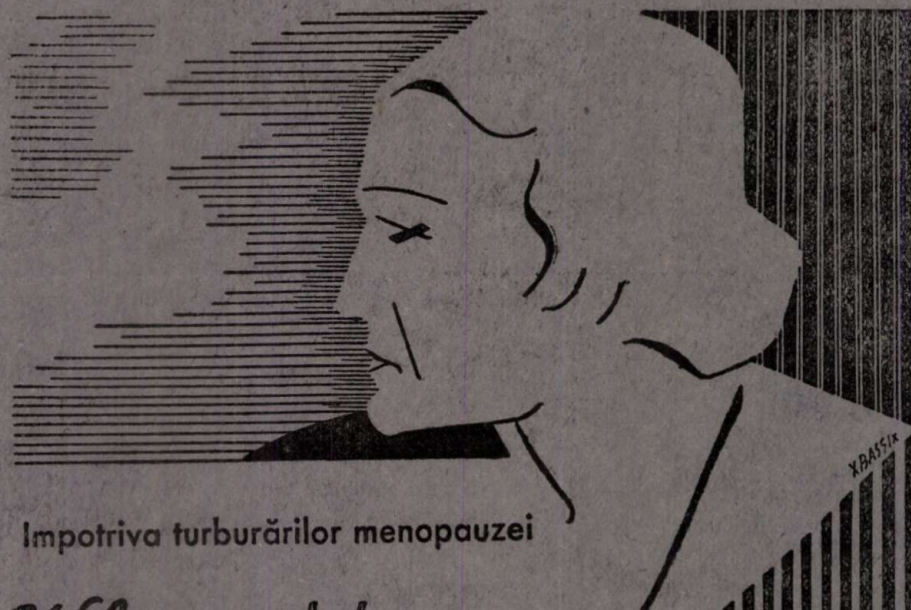
din clinică și practică certifică calitatea și siguranța
Normacol-ului.

Cartoane cu 100 și 250 gr.



SCHERING A.G. BERLIN N 65

C O D E R E, S. A., București
Str. Clemenceau No. 6 Tel.: 3.58.05



Impotriva turburărilor menopauzei

Klimakton «Knoll»

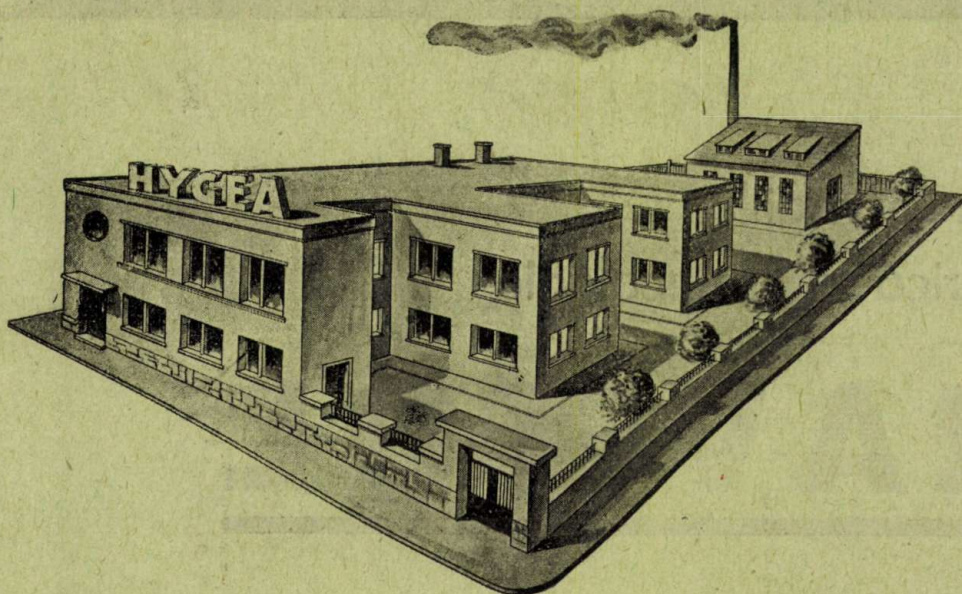
Influențând simultan sistemul glandular și cel nervos, modificările fiziologice ale organismului devin suportabile.

Tuburi cu 20 dragee
Flacoane cu 50 dragee
De 3 ori pe zi câte 1-2 dragee,
se vor înghiți nemestecate.

KNOLL A.-G.
LUDWIGSHAFEN/RIN.

Eșantioane și literatură prin:
»KNOLL« S.A.R.
Produse chimico-farmaceutice
Str. Atena 29, București III.





Anemie și debilitate generală

Neurotonic, stimulent al digestiei și
reconstituant în afecțiuni debilitante

ARSOTAL

DRAGÉE 40 ȘI 100

(Combinație de Acid
arsenic, Extr. de
nuca vomica, Gua-
jacol și Ferr. lactic)



Medicament reconstituant

TONICUM HYGEA

SIROP

(Combinație de Vita-
mine, Extract de
ficat, Extract Cola,
Nux vomica, Calc.
glycerophosph.,
hidrați de carbon
și Vin.)



FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R.
BUCUREȘTI V

Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44

Contra hemoragiilor
în obstetrică și ginecologie

GRAVITOL

UTEROSTIPTIC SINTETIC

cu acțiune electivă, uniformă, rapidă
și persistentă asupra uterului. Fără
efecte secundare. Bine tolerat per os,
subcutanat și intramuscular.

Cutii cu 3 și 10 fiole de 1 cmc. Ambalaj cu
20 drageuri de 0,02 gr.

» *Bayer* «



LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România:

„ROMIGEFA” S. A. R., București, Strada Brezoianu Nr. 53

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

— SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL :

Reviste generale:

- Prof. Dr. Gheorghe Popoviciu:** Turburările de nutriție (digestive, gastrointestinale, gastroenterite) ale copiilor de sân și tratamentul lor Pag. 271

Articole științifice :

- Dr. Copăceanu Martin Pavel:** Incercări cu reacția de sarcină Bowmann-Vischer " 279
- Dr. Traian Petrescu:** Raportul dintre kistele de ovar luteinice și evoluția molei hidatiforme și chorioepiteliomului " 281
- Dr. Aurel Buhociu:** Observațiuni în legătură cu cinci cazuri de intoxicații grave accidentale la copii cu Hyosciamus Niger (Măsălarită) " 284
- Dr. V. Moșoiu:** Procedeu de ligamentopexie uterină " 286
- Conf. Dr. Ioan Gavrilă și Dr. Petre Bobancu:** Considerațiuni asupra complicațiilor pulmonare în scarlatină " 288

Probleme terapeutice:

- Dr. Vasile Țuchel:** Xerosterinul în tratamentul fracturilor și plăgilor atone la răniții de războiu " 291

Medicină preventivă:

- Conf. Dr. L. Daniello:** Principii generale pentru organizarea combaterii tuberculozei în România " 292
- Dr. Ștefan Popescu:** Problema tuberculozei în mediu școlar. — Organizarea și funcționarea unei echipe volante de Radiologie " 298
- Dr. Gh. Gh. Vasilache:** Cauzele mortalității infantile în România " 301

Probleme profesionale:

- Dr. Suciș Eugen:** De ce nu avem radiologi? " 304
- * * * Apel către tinerele fete " 306
- Dr. T. Pascuovici:** Richard Siebeck. — Cu ocazia vizitei sale la Sibiu " 308

Revista cărților " 311

Tratat pentru surori-infirmiere de sugari și copii. Editată de spitalul de copii „Kaiserin Auguste Victoria-Haus”. — Turburările de ritm ale inimii de *Dr. Emil Viciu*. — Principii în Operațiunile Obstetricale de *Prof. Dr. August Mayer*. — Tratamentul dietetic al alergiilor alimentare. Planuri pentru diete și rețete de *Dr. med. Driedrich Dittmar*.

Revista revistelor " 321

Note și informațiuni " 316

Decrete. — Deciziuni. — Posturi vacante.

Bibliografie " 317

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCHILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări

și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CA



RUBIAZOL
COLORANT AZOIC

este
**CEL MAI ACTIV și
COMPLET ATOXIC**

DOZA ZILNICĂ:
6-12 comprimate
2-3 fiole



LABORATOIRES DU DR. ROUSSEL-PARIS

Eșantioane Medicale și literatură la:

Reprezentanța generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTETIA” S. A. R.

103, Strada Toamnei — București, III

Telefon 221.38

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

SIBIUL MEDICAL

Anul XXIII

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Reviste generale

Turburările de nutriție (digestive, gastrointestinale, gastroenterite) ale copiilor de sân și tratamentul lor¹⁾

de

Prof. Dr. Gheorghe Popoviciu

Turburările de nutriție ale copilului de sân (turburări, afecțiuni digestive, turburări digestive și de nutriție, afecțiuni, sindrome gastrointestinale, gastroenterite), interesează în primul rând *greutatea, circulația, starea țesuturilor, aparatul digestiv și temperatura*; mai puțin *lungimea* (numai în turburările de nutriție prelungite). Sunt astfel în primul plan oscilațiile greutatei ca criteriu al unei nutriții turburate, pierderea turgorului, turburările circulatorii (extremități reci, cianoză, edem, în toxicoze șoc, în atrofie puls rar, șomotele inimii surde, greu diferențiate), hipertonia sau atonia mușchilor, diminuarea apetitului sau în turburările grave (atrofie) chiar exagerrarea lui, vărsăturile și scaunele patologice, de obicei diareice, temperatura mărită (prin lipsa de apă, plusul de sare, zahăr, proteine), sau (în turburările de nutriție cronice) subnormală.

Denumirea de turburări de nutriție, dată de Czerny și Keller (1906) turburărilor (afecțiunilor, sindromelor), numite în parte și până azi „digestive” sau „gastrointestinale” sau „gastroenterite” ale copiilor de sân, arată că nu afecțiunea locală e cea mai importantă în aceste boli, ci *copilul întreg, alimentația lui, starea generală a nutriției, funcțiunile sale nutritive, metabolismul, condiționat de constituție*. Concepția azi generalizată în medicină de a se considera bolnavul în întregime, a fost introdusă astfel în pediatrie încă de acum 3-4 decenii. O asemenea concepție consideră etiologia în al 2-lea plan, mai mult în raport cu tratamentul (v. pct. b).

a) Turburările de nutriție la copilul alimentat natural

La laptele de mamă turburările de nutriție sunt rare. Se pot prezenta de cele mai multe ori ca *desvoltare insuficientă*, datorită de obicei subalimentării sau unor defecte constituționale; sau apoi ca *vărsături*, datorite unei tehnici alimentare greșite sau ca vărsături atonice, sau spastice (abituale), la copiii nevropați. Se mai observă *anorexii, constipații și diarei*. Anorexia și diareea este datorită de cele mai multe ori supraalimentării, sau unor infecții parenterale sau enterale; constipația falsă, subalimentării (la cea veritabilă alimentația e suficientă, dezvoltarea bună).

Tratamentul se face în dezvoltarea insuficientă prin combaterea *ipogalactiei* și în caz de lipsă prin *alăptare mixtă* (lapte de vacă diluat cu decoct de orez [oriza] sau supă de făină [papion, zamako, kufeke, fosfolactină, etc.]; mai bine zăre, completată cu făină de grâu; se îndulcește cu zahăr [obișnuit sau mai potrivit maltodextrinat ca: zahărul alimentar *Soxhlet*, ordenzima etc.]). În dezvoltarea insuficientă datorită *nevropatiei* sau *diatezei exudative*, completarea se face mai bine cu dubo (lapte cu 17% zahăr) și prin adăugarea de proteine (plasmon, larosan, cafoselină). În vărsăturile produse prin *înghițire de aer* copilul trebuie ridicat, pentru a elimina aerul prin răgălă. Se poate da și aerofagii. În vărsăturile *abituale* se leagă brațele și se combate nevropatia (sedative: sevenal, gardenal, luminal, uretan, noctal, abaslină, bromural, polibrom, octină, sedormid, atropină, genatropină, papaverină, domatrină, perparlină, surparil, troparlină; supozitorii diltonal, eupaco, papaviderlină, nautisan, vasano); sunt foarte utile alimentele concentrate (date înainte de sugere). În *ano-*

¹⁾ După lecțiile ținute la cursurile de perfecționare în pediatrie și puericultură din 13-25. IV. 1942 (v. și Elemente de Pediatrie și Puericultură, Ed. II și Rev. Ped., Pueric. și Nipiol., 1937, Nr. 9-12, pag. 33; 1940, Nr. 7-9, pag. 219).

rexie se reduce numărul sugerilor, sau dintr-o dată se înmulțește, după caz; se dă acid clorhidric, se fac spălături gastrice, eventual alimentare prin sondă. *Constipația* falsă cere completarea sugerilor, eventual alimentare mixtă; cea veritabilă, de cele mai multe ori n'ar trebui tratată, dispărând cu administrarea altor alimente la înțarcare; se poate da cel mult lactoză, extract de supă de malt (ordomalt), suc de fructe, după 3 luni fructe rase, zdrobite. Scaunele *dispeptice* se tratează cu plus de proteine, fosfat și carbonat de calciu, bolus alba; în *supraalimentare*, prin reducerea sugerilor, decoct de orez (oriza); diareele grave *parenterale* sau *enterale*, printr'un scurt regim cu ceai și reducerea laptelui de mamă; cele *constituționale* (în nevropatie, diateză exudativă, cu deosebire în eritrodermia lui Leiner), pe cât posibil prin păstrarea cantității laptelui de mamă (cu excepția păstoșilor) și evitarea înțercării (alimentarea artificială scăzând imunitatea față de infecții, cu deosebire la exudativă), adăugarea de proteine (plasmon, larsan, cafoselină), sau alimentarea mixtă.

b) Turburările de nutriție în alimentarea artificială

Cele mai însemnate cauze ale mortalității și morbidității copilului de sân sunt *turburările de nutriție produse prin alimentarea artificială*. Ele joacă un rol însemnat, direct și în patogenia evoluției celorlalte boli din această vârstă, întrucât orice funcțiune este strâns legată de nutriție. Dealtcum nu numai starea de nutriție rea scade rezistența copilului față de factorii infecțioși, etc., dar și invers, orice proces patologic are repercusiuni asupra proceselor nutritive, mult mai accentuate în prima vârstă decât mai târziu. De aceea infecțiile au un prognostic cu atât mai prost, cu cât turburările de nutriție care le însoțesc, sunt mai grave. Din cauza legăturilor reciproce dintre aparatul digestiv, nutriția țesuturilor, precum și restul de boli, orice afecțiune a copilului de sân trebuie tratată și sub raportul nutriției. Există legături strânse între nutriție și constituție. Împreună, alimentarea artificială și o constituție nenormală (eczemă, limfatism, nevropatie, etc.), înseamnă condiții deosebit de dificile pentru nutriție.

Deosebit de două grupuri de turburări de nutriție produse prin alimentarea artificială: 1. *turburările de nutriție* (digestive, gastrointestinale, dispepsii) *acute* (turburări diareice, după unele turburări digestive propriu zise) și 2. *turburările de nutriție cronice* (turburări ale asimilației, ale tendinței formative, stări de denutriție, denumirea de turburări de nutriție fiindu-le rezervate numai lor după unele). Forma ușoară a turburărilor de nutriție acute este dispepsia, forma gravă toxicoza. Forma ușoară a turburărilor de nutriție cronice este distrofia (ca urmare a opririi creșterii în greutate, prelungite, și scăderii treptate); forma lor gravă este atrofia

(ca urmare a unei scăderi continue, adesea rapidă, a greutății).

Această clasificare ține seamă de semnele clinice dominante, de *tabloul clinic*. Ea este practică, stabilind legăturile cu terapia, pentru care considerațiile clinice (simptome, evoluție) sunt mai importante ca cele etiologice. În tot cazul clasificarea nu este perfectă, orice turburare acută cu vărsături și diaree interesând și formarea țesuturilor, asimilarea, pe de altă parte turburările de asimilare (de nutriție în înțeles mai restrâns) fiind adesea însoțite de diaree. Pentru un tratament corespunzător trebuie să se țină seamă și de *etiologie*. Elucidarea factorilor etiologici se face prin luarea exactă, detaliată, a anamnezelor (compoziția hranei, proporția diferiților factori alimentari, cantitatea zilnică totală, numărul meselor, intervale, infecții și turburări de nutriție prealabile, condiții de îngrijire, etc.).

α) Dispepsia

În dispepsie (acută, indigestie, vărsături-diaree, catar [gastro-]intestinal acut fără semne toxice, toxicoză ușoară, afecțiunile [sindrom, infecții] gastrointestinale de formă acută ușoară, gastroenterită ușoară, turburări digestive [de nutriție] acute ușoare) *simptomul principal* îl constituie înmulțirea scaunelor și modificarea consistenței lor (intâlu, masa mărită, scaune rău legate, mucoase, în cele din urmă apoase, explosive, adesea acide), cât și vărsăturile și febra (mai puțin constante). Greutatea stă pe loc sau scade ușor.

Originea dispepsiei poate fi alimentară (înțercare, supraalimentare absolută sau relativă, inclusiv prin preponderența substanțelor fermentescibile, ca zahărul, grăsimile), sau infecțioasă (enterală: mai mult prin bacilul coli; parenterală: nasofaringită grupală, pleocistită, procese septicemice etc.). Alte cauze pot fi îngrijirea

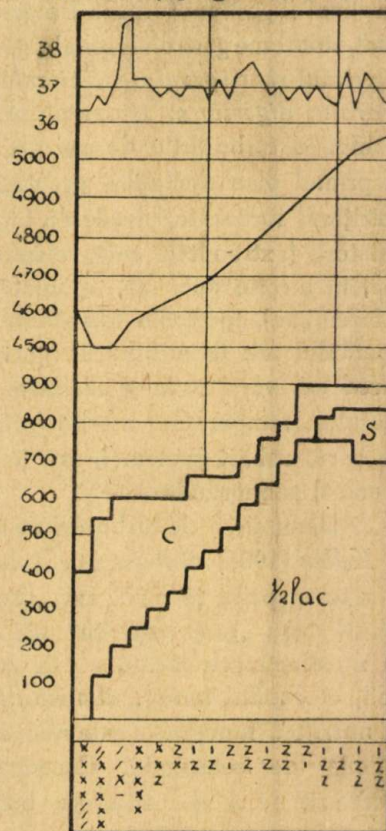


Fig. 1.

Dispepsie la un copil de 6 luni, cu distrofie gravă, alimentat artificial de 3 luni.

După 12 ore ceai, c (copilul a fost primit în jumătatea 2 a zilei 1), re-alimentare cu $\frac{1}{2}$ lac $\frac{1}{2}$ lapte acidificat cu suc de lămâie, $\frac{1}{2}$ decoct de orez 3%, zahăr 5%, s supă de legume.

defectuoasă (alimentare la intervale neregulate, lipsa de curățenie a sticlei etc.) și căldura excesivă din timpul verii.

Ca *tratament*: *principal* trebuie descărcat și liniștit tubul digestiv, reduse sau eliminate substanțele alimentare fermentescibile (cu deosebire lactoza, zaharoza, extractul de supă de malt, — dintre făinurile cea de grâu) și înlocuite cu preparate mai puțin fermentescibile ca: amestecurile de dextrină-maltoză (zahărul alimentar *Sorxhlet*, *ordenzima*), decoctul de orez (*oriza*), făinurile de ovăz (*zamako*) și cu deosebire de porumb (*malzenă*, *mondamină*). Combaterea fermentației se poate face și prin substanțe alimentare care produc putrefacție (plus de cazelnă, calciu), acționând deci în sens opus (indicate în dispepsiile grave de fermentație). În scopul arătat, după o dietă idrică de 24 de ore [ceaiu cu zaharină, sau apă fiartă, sau ser fiziologic, decoct de orez, supă de legume, supă de morcovi,¹⁾ supă de mere crude sau de aploa²⁾], se trece la *alimentarea terapeutică* [mai bun laptele de mamă în cantități mici, treptat mărit; în lipsă, lapte de vacă, sau mai bine zăre sau eledon, lapte degresat, acidifiat,³⁾ albuminos, cu laroșan, cafoșelnă, calcilactină, etc.] Numai la copilul de tot mic, debil sau prematur, regimul cu ceaiu se reduce la 12 ore; la turburări de nutriție cronice cu dispepsii, la 6—12 ore. După dieta idrică, la început se dă 5×60 gr, sau $6-7 \times 40-50$ gr lapte de mamă pe zi; *restul soluție de zahăr alimentar 5%*. Se mărește zilnic cu 100 gr lapte de mamă (chiar la scaune rele), până la 70—80 calorii pe kg greutate (*trebuința de întreținere*). Se așteaptă apoi câteva zile, fără a mai mări cantitatea, până ce scaunele devin normale. Atunci se completează cu lapte de mamă sau cu zăre (cu 5% zahăr alimentar), până la întreaga trebuință alimentară. — În lipsa laptelui de mamă, după regimul idric de 24 de ore, încă 1 zi (maximum 2—3 zile) decoct de orez [de preferință concentrat, 8 (10)%], la început îndulcit cu zaharină, eventual plus cazelnă (laroșan, cafoșelnă) 2%. Din ziua a 3-a (eventual deja a 2-a) lapte de vacă, dându-se fie 100—200 gr pe ziua întreagă (restul decoct de orez, mai bine concentrat) și măritu-se cu 50—100 gr lapte zilnic sau la 2 zile; fie o

singură masă (*sticlă*) cu $\frac{1}{2}$ lapte, $\frac{1}{2}$ decoct de orez, 3 (apoi 5—7)% zahăr pe 1 zi, mărit zilnic cu câte o asemenea masă în plus (și reducând simultan restul de decoct).

Mal sigure rezultate se obțin cu $\frac{1}{2}$ lapte-calciu (sau calcia, *Moll*),¹⁾ adăugat cu 5% zahăr alimentar; dăm ziua întâi după regimul idric (adecă ziua a 2-a de tratament) 300 gr lapte-calcia, măritu-se zilnic cu câte 100 gr; restul de lichid sol, zahăr alimentar 5%; mai târziu, dacă nu crește copilul, 6—8% zahăr, sau plus 2—3% făină (porumb, grâu). În mod analog se face realimentarea cu zăre (după câteva zile completată cu făină de porumb, *mondamină*, 1—2%, zahăr alimentar 3—5%); sau cu lapte albuminos (dă cele mai bune scaune, mai ales la copiii trecuți de 3 luni; devenite consistente, albe, cenușii, săpunoase, calcare, după câteva zile, indică măritrea zahărului alimentar la 6—8%); sau cu decoct de orez adăugat cu cazelnă,²⁾ sau cu laroșan, cu cafoșelnă, etc.

La orice regim terapeutic scaunele își păstrează caracterul dispeptic, devenind abia după câteva zile mai consistente și mai bine legate. Acestea nu contraindică măritrea continuă, treptată, a cantității alimentului terapeutic. Importantă este starea generală (mai vitoare) a copilului, încetarea vărsăturilor și inapetenței, cât și creșterea greutateii. După ce scaunele și-au recăștigat consistența normală, regimul terapeutic trebuie continuat cel puțin 4—6 săptămâni, dar completat cât mai curând cu suc de fructe, eventual la copiii trecuți de 3 luni, cu legume, pape (calcigriș). Dispepsia *parenterală* se tratează în genere mai puțin radical; trebuiesc evitate regimurile severe de înaniție (de obicei se reduce cantitatea totală, se suprimă papele și plureurile și se înlocuiește zahărul obișnuit cu preparate maltodextrinate); de asemenea trebuie satisfăcută necesitatea mărită de apă, în febră. Tratamentul *medicamentos* (purgative: ricină, calomel, sulfat de sodiu, — adstringente: preparate bismutice, tanalbină, tanigen, optantină, eldoform, — analeptice: cardiazol, tetracor, cordisan, exeton, oleu camforat, camfacilină, cafoșelnă, adrenalină, — calmante: uretan, sedormid, adalină etc.) are în genere un rol mai puțin însemnat în dispepsie.

β) Toxicoză

Toxicoza [intestinală, intoxicație alimentară, vărsături-diaree toxice, toxicoză gravă, catar (gastro-)intestinal acut cu semne toxice, dispepsie, sau diaree toxică, toxinfecțiune a tubului digestiv, comă dispeptică,

¹⁾ 500 gr morcovi curățiți de coajă, tăiați mărunt, se fierb cu 1 litru de apă, timp de 1—2 ore, până ce se înmoaie; se trec printr-o sită fină în 1 litru supă de carne (din 500 gr carne sau oase) sau de legume sau în apă fierbinte; se adaugă 3 gr sare; se prepară proaspăt zilnic și se păstrează la răcoare.

²⁾ 200 gr mere crude rase, trecute prin sită, în 100 gr sol. Ringer și 500 gr ceaiu (până la $\frac{1}{3}$ Ringer, $\frac{2}{3}$ ceaiu), plus zahăr după caz, — în total 800—1000 gr supă de mere pe zi; sau 4% aploa (în apă, ceaiu, decoct de orez), cu zaharină, — aprox. 30 gr aploa (în 750 gr lichid), în 5 mese pe zi.

³⁾ În loc de acid lactic se folosește azi mai mult acidul citric (pe 100 gr lapte degresat, cu 1—2% *mondamină*, 5% zahăr, fiert, răcit, se adaugă 1 tabletă de acid citric = citretă, diluată în 1 lingură de apă; se amestecă continuu); în loc de acid citric sau citretă, se poate întrebuința sucul proaspăt de lămâie.

¹⁾ Laptele diluat se fierbe cu 0,4% lactat de calciu (tabletă calciu sau calcilactină), amestecându-se continuu.

²⁾ $\frac{1}{2}$ litru lapte crud se încălzește ușor, se adaugă cu 3 gr lactat de calciu, se încălzește treptat până la coagulare și se strecoară printr-o sită fină; cazeina rămasă pe sită se spală, după răcire, cu apă, se trece prin sită și se amestecă cu $\frac{1}{2}$ litru decoct de orez.

holeră infantilă, diaree holeriformă, afecțiuni) sindrome, infecții), gastrointestinale acute de formă holerică sau algidă, atrepsle acută, enterocatar, gastroenterită acută febrilă (infecțioasă) a copiilor de sân, boală (diaree) de vară, turburări digestive (de nutriție) acute grave], începe în momentul când semnelor prealabile de dispepsie li se asociază *turburarea conștiinței*. Clipirile devin mai rare, privirea mai puțin clară, în gol, expresia feței apatică, rigidă; față de neliniștea, țipetele frecvente anterioare, copilul amuțește, țipă strident din când în când; treptat se dezvoltă o stare tot mai accentuată de somnolență, mai târziu comă. Atitudinea de luptător (brațe ridicate ca în scriimă), respirația toxică, starea de exicațiune, îngroșarea sângelui, prezența albuminel, zahărului, de obicei și a cilindrilor în urină, sunt alte semne caracteristice. Uneori se observă convulsii, simptome meningeale. Diareea și cu deosebire vărsăturile, predominante dela început, sunt de obicei mult mai grave ca în dispepsie.



Fig. 2.

Toxicoză, la un copil de 6 luni (distrofic, și lungimea redusă la 58 cm), alimentat mixt, dezvoltată pe teren constituțional (diateză exudativă) și complicată cu piurie.

Brațul flectat, privirea fixă, atitudine de luptător, pumni închești (unul introdus în gură). Deshidratare profundă, pielea teroasă.

Tabloulul clinic îi corespunde adesea alterațiunii anatomice ușoare, fără legătură cu intensitatea turburărilor funcționale. Toxicozele survin rar primitiv; de obicei le premerg mai multe dispepsii, cari au produs o stare de distrofie. Apariția stărilor toxice este declanșată prin depășirea toleranței (hrană bogată în zahăr, grăsimi), infecții și ajutată prin temperatura externă ridicată pe timp mai îndelungat. Strâns înrudit cu toxicoza alimentară e răul (atacul, apoplexia) de căldură, cu predominanța febrei (adesea hiperpirexie), colaps foarte grav, comă, convulsii; vărsăturile și diareea pot să lipsască.

Ca tratament al toxicozel: trebuie oprită orice ingerare de hrană pe cel puțin (24—36)—48 ore, adesea pe mai multe zile (4—5 și chiar 6—7 l); singur la copil cu stare gravă, atrofici, cari ar suferi prea mult prin înaniție, pauza alimentară va fi numai de 12—14 ore. În același timp, pentru îndepărtarea resturilor alimentare,

în loc de purgare cu uleu de ricină încă mult întrebuințată, se face o *spălătură a stomacului*, cât și a *intestinului* (cu ser fiziologic, ceal de mușeșel, eventual se adaugă 10 gr cărbune animal). Foarte important este ca îndată după aceasta să se dea copilului *lichide, în abundență*. Mai bine este, dacă reușim să administrăm, pe cale bucală cantități mici de ceal slab (amestecat eventual cu apă minerală, soluție Ringer, Heim—John, în proporția de 1:1 sau 2:1), îndulcit cu zahărul. Cantitatea totală să fie cel puțin 200 gr pe kg de greutate. În caz de creștere în greutate sau în caz de edeme produse prin serurile artificiale (soluția Heim—John indicată numai în cantitate de 50—100 gr pe zi, în deshidratare accentuată), se dau soluții lipsite de săruri. Cantitatea de lichid ingerată se controlează, în vărsături, prin cântărirea scutecului așezat în fața gurei copilului. Dacă introducerea pe cale bucală devine imposibilă, din cauza vărsăturilor grave sau a refuzării alimentelor, se face uz de calea *subcutanată*. Se injectează soluție caldă Ringer, sau soluție fiziologică cu 5% glucoză. În loc de injecția (infuzia) subcutană, se poate face infuzie *intraperitoneală*. În cazuri foarte grave se încearcă (numai în clinică!) infuzia *intravenoasă* sau *intrasinoasă* etc. (mai bine cu ser glucozat 5—20% diluat cu părți egale de soluție Ringer, sau dextropur, roburoză în diluții corespunzătoare, 10—15 picături pe minut, timp de până la 2—3 zile; de obicei însă copiii își revin mult mai repede). Sunt utile și transfuziile de sânge (repetate, câte 30—50 cmc). De cele mai multe ori, după un regim cu ceal de 24 ore, se mai administrează o zi soluție de zahăr alimentar 5—10%, cât vrea copilul, plus 150—200 gr soluție Ringer, eventual decoct de orez.

După dieta idrlică *alimentele terapeutice* trebuie date cu cea mai mare grijă, în doze foarte mici (lapte de mamă, zăre 5×20 gr, sau numai 10×5 gr) ziua întâi, măbind treptat zilnic cantitatea totală cu 5—100 gr). Laptele de mamă trebuie muls; dăm primele porțiuni cari sunt sărace în grăsimi, sau degresăm laptele prin centrifugare. Niciodată copilul să nu fie pus dela început la sân! Când s'a ajuns la cantitatea de 500 gr pe zi, se continuă ca în dispepsie. În lipsă de lapte de mamă se dă zăre, lapte degresat acidulat, lapte albuminos etc. (v. la dispepsie), dar, ca și laptele de mamă, în doze foarte mici, *mărite foarte precaut*. Mărlirea cantității alimentare este *contraindicată* în caz de *reapariție a simptomelor toxice*. Completarea la cantitatea de lichid suficientă se face cu soluție de zahăr alimentar 5%, cu ceal, eventual amestecat cu soluție Ringer (2:1). Unii preferă la început, după dieta idrlică, un *regim de trecere* pe 2—3 zile (supă de morcov, de legume, apă de aploa, decoctul de orez concentrat, sau diluat 2:1 cu Ringer sau cu zer). După dispariția completă a simptomelor toxice se trece treptat la alimentele de mai sus,

Starea de colaps se combate prin *analeptice* (alcoold, cardiazol-efedrină, cordisan-efedrină, tetracorel, pituitrină). Agitația nervoasă care întrerupe stările de somnolență, inclusiv convulsiunile, se combat prin *calmante* (noctal, somnifen, luminal, sau gardenal, sau

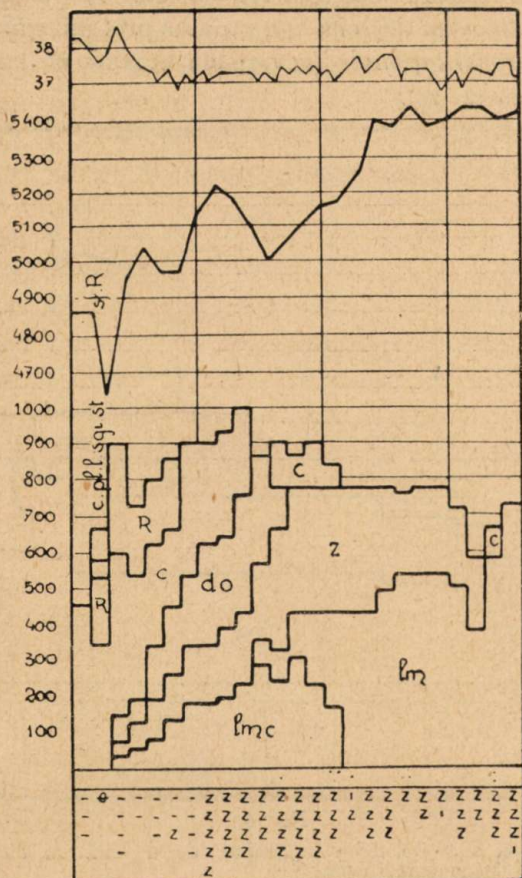


Fig. 3.

Copil de 10 săptămâni, cu toxicoză. Alimentat natural 2 luni, apoi artificial.

Privirea pierdută, expresia feței apatică, rigidă. După primire, ziua 2, convulsii tonico-clonice, cu pierderea completă a cunoștinței, timp de 10 ore. Desintoxicarea prin dietă de ceaiuri (c) adăugat cu sol. Ringer 2:1 (R), 48 ore; trebuința de lichide se completează pe cale subcutanată cu ser glucozat 50%, 90 cm³ + 3 U insulină (sgi), ser fiziologic 50 cm³ (sf, v. patrunghiurile neonate), soluția Ringer 30 cm³ (R). Combaterea convulsiunilor (c), prin puncție lombară (pl), injecții de luminal (l) 0,045 gr. Cardiotonice (cardiazol, cafeină, adrenalină, cormotil, oleu camforat). Realimentarea se începe cu zăre (z) și lapte de mamă centrifugat (lm_c), crescând foarte precaut cantitatea (zilnic cu 50 gr) și completând cu decoct de orez 30% (do); trecere mai târziu la lapte de mamă necentrifugat (lm). Copilul părăsește clinica vindecat, continuând să se desvolte acasă normal la lapte de doică.

sevenal, sevenalete, sevenal-natru, sevenalil, medinal, în răul de căldură și cloral). În hiperpirexie sunt indicate băile răcoritoare, cât și analepticele. Este deosebit de importantă îngrijirea ochilor și a pielii (pentru combaterea xerozel și a topirei corneei tifon cu apă borcată, vaselină albă fină; în ulcerările, atropină; pentru prevenirea decubitelor, pernă de cauciuc, inele de vată,

pansamente). Când copilul refuză hrana, este indicată alimentarea cu sonda. Combaterea acidozei prin *alcalinoterapie* (cu sol. Heim—John, sau prin adăugarea a 2—3 gr de bicarbonat de sodiu regimului idric de 1 zl, sau prin ceaiuri cu bicarbonat de sodiu 10%, bun și în regimul idric din dispepsie), dă rezultate foarte impresionante: copilul își revine prompt, sângele închis se schimbă dintr'odată în roșu deschis și dimineața următoare sau chiar mai curând micul pacient, înainte cu stare gravă toxică și cunoștința pierdută, ne primește cu surâs.

Prognosticul este foarte serios în fiecare caz de toxicoză dezvoltată. Cu deosebire sunt periclitati copiii foarte mici, prematuri, cu tulburări de nutriție cronice. Chiar și în clinici mortalitatea este în genere de 50%. De aceea tratamentul trebuie făcut, pe cât posibil de un *pediatru, ajutat de o infirmieră* (soră de ocrotire) bine pregătită. Prognosticul este favorabil, când defervescența s'a produs în primele 24—48 ore. Recidivele frecvente la mărirea neprecăută a hranei, sunt de prost augur. În astfel de cazuri de obiceiul atât o nouă înăniție cât și o realimentare treptată, făcută în scop terapeutic, agravează fenomenele toxice și grăbește moartea. Recidivele sunt frecvente în mărirea precăută a hranei. Convalescența după toxicoze ține săptămâni și chiar luni întregi.

Din cauza prognosticului grav toxicoză trebuie mai mult *prevenită* și nu, abia, tratată. Profilaxia se face cu măsurile arătate mai sus (favorizarea alăptării naturale, combaterea și ameliorarea alimentării artificiale, măsurile sociale, instituții în timpul sezonului cald, îmbrăcăminte ușoară, suprimarea mușamalei, a așternutului de pene, aerisirea și răcorirea locuinței, băi și loțiuni răcoritoare, oprirea fîrtului, spălatul și călcatul în camera copilului; internarea eventuală într'un leagăn, azil; în zilele fierbinți reducerea hranei și înlocuirea prin ceaiuri cu zahăr; în caz de lipsă internarea din vreme într'o instituție de ocrotire).

γ) Turburările de nutriție cronice

În tulburările de nutriție cronice, adică în *iposau distrofie* (distrofie ușoară, ipotrofie, ipotropsie sau de nutriție de gradul întâi, atrofie infantilă, simplă, afecțiunile [sindroame] gastrointestinale cronice de tip ipotrofic, tulburări de bilanț, dispepsii sau gastroenterite sau tulburări digestive [de nutriție] cronice ușoare) și în *atrofie* (distrofie gravă, atropsie, atrofie-atropsie, ipotropsie sau denutriție de gradul al 2-lea și al 3-lea, pedatrofie, *decompoziție*, cahezie a copiilor de sân, afecțiunile [sindroame] gastrointestinale cronice de tip cahectic, dispepsii sau gastroenterite sau tulburări digestive [de nutriție] cronice grave), cel mai important semn îl constituie *creșterea la început insuficientă a greutateii, mai târziu oscilațiunile ei și în cele*

In formele grave, cu toleranța mult scăzută, alimentația concentrată se izbește de dificultăți mari, uneori de neînving, putând produce diaree, scăderi brusce ale greutateii, și chiar toxicoze (cu deosebite în timpul căldurilor mari de vară). Acolo unde a premers dispepsia sau se prevede o susceptibilitate mărită a intestinului, se obțin rezultate mai sigure cu alimentele terapeutice din dispepsie. Se începe însă cu cantități mai mari și se adaugă idrați de carbon până la cantitatea tolerată fără turburări. Uneori zahărul alimentar din zăre și din laptele albuminos, concentrate, se poate mări cu succes până la 15%. În genere, în formele grave (atrofie) trebuie evitată în același timp și greșala, de a se lăsa copilul în inaniție. În caz de distrofii grave cu dispepsii, alimentul preferat este laptele de mamă, dozat cu multă precauție. Când cantitatea de întreținere este atinsă și diareea se îndreaptă, se face completarea cu zăre.

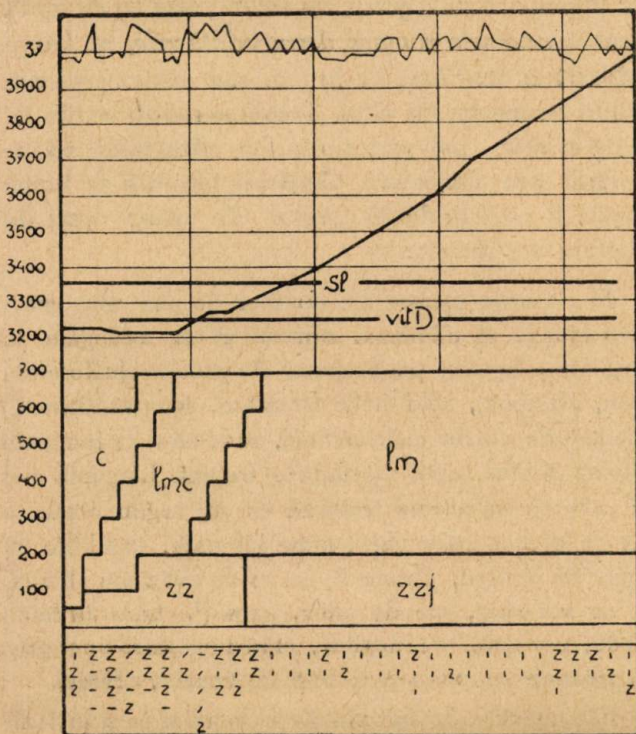


Fig. 7.

Copil de 3³/₄ luni atrofie, cu dispepsie, rahitism. Alimentat artificial cu lapte $\frac{1}{2}$, zahăr 1,5%.

Reculegerea prin regim idric (c) prima zi (6 ore), completat cu zăre cu 5% zahăr (zz), a doua zi lapte de mamă centrifugat (lmc), mai târziu lapte de mamă complet (lm), zăre cu făină și zahăr în cantități crescând (zzf). Administrarea simultană de suc de lămâie (sl), viosterină (vit D).

In turburările prin exces de lapte se scade laptele și se măresc idrații de carbon; constipația se combate cu supă de malt (ordomalt), zăre sau lapte acidulat, la care se adaugă în abundență idrați de carbon.

In turburările prin exces de făinoase, se elimină brusc și complet făina și se introduce alimentația exclusiv lactată (lapte de mamă; sau diferite preparate

de lapte de vacă, lapte diluat cu decoct de cereale, adăugate toate cu zahăr alimentar).

Tratamentul medicamentos (calmante, analeptice), este indicat numai în neliniște, temperatură subnormală și colaps (cu deosebite în primele zile). Reculegerea, cu deosebire în stările produse prin infecții, este mult ajutată prin injecții (intramusculare, intravenoase sau intraperitoneale) de sânge uman (eventual dat, ca și în toxicoză, pe cale bucală). Sunt utile și serul de cal, serul glucozat, insulina, extractul tiroidian și epatic (campolon etc., — combate și toxicoza), cât și sulfarsenolul.

Profilaxia tinde la combaterea preventivă a greșelilor de alimentație, a turburărilor de nutriție acute, a infecțiilor. Trebuie împiedecată reclama excesivă a fabricelor pentru preparatele lor făinoase, prezentate ca un surogat al laptelui de mamă. În același timp trebuie combătută ignoranța medicilor, care tratează dispepsia cu regimuri de inaniție (de preferință cu decocturi de cereale) prelungite nemotivat, considerând scaunele de inaniție astfel provocate ca diaree și producând prin continuarea regimului greșit, distrofii grave.

c) Anexă

Dizenteria

Am accentuat că turburările de nutriție pot fi cauzate toate prin infecții bacteriene enterale. La noi, o însemnată parte a acestora sunt din grupul *dizenteriei*. Dizenteria survine în majoritatea cazurilor în timp de vară și are o evoluție mai gravă, tocmai la copiii de săn. Examenul bacteriologic este adesea negativ (mai sigur la începutul boalei, din fecale proaspete, sau înute la gheață când inocularea nu se poate face imediat). Practic trebuie considerate dizenterice toate scaunele sanghinolente, mucoase, sau mucopurulente (unde invaginația este exclusă) și suspecte diareile cronice fără sânge și chiar fără mucozități. Boala începe brusc cu febră, vărsături, uneori turburări ale conștiinței, convulsii, diaree; în curând scaunele caracteristice, colici, tenesme, — eventual tabloul clinic al intoxicației alimentare și în caz de prelungire, distrofie sau chiar atrofie. Leziunile sunt localizate la mucoasa intestinului gros și la părțile de jos ale intestinului subțire (catar superficial până la necroze, ulcerări unele profunde).

Prognosticul este cu atât mai serios, cu cât copilul este mai mic. Este rezervat în primele 2—3 zile, până nu se constată o localizare a boalei sub influența tratamentului. Apariția precoce a semnelor de intoxicație este de prost augur.

Predispoziția pentru boală e mare (dintre copiii mai mici sunt atinși, la aceeași ocazie de infecție, aproape jumătate). Transmiterea se face de la om la om, mai rar prin apă, alimente. E favorizată prin contactul intim, lipsă de curățenie, cu deosebire prin cazurile ușoare, necaracteristice.

Profilaxie: Izolare, desinfecțiunea scutecelor, ru-felor, îmbrăcămintei (cu lizol, creolină, cloramină, lapte de var), a mâinilor, obiectelor în contact (vasul de noapte, vana, utilizate numai pentru copilul bolnav); apărarea de muște, deparazitarea purtătorilor sănătoși; vaccinarea (cu anatoxină, anavaccin).

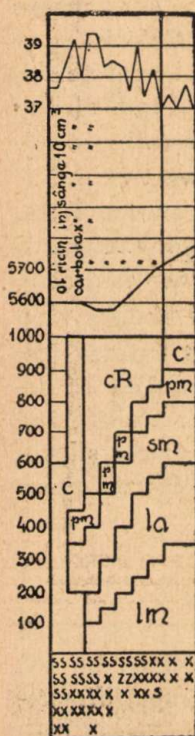


Fig. 8

Copil de 6 luni, cu dizenterie (de 1 săptămână 10-15 scaune mucosanghinolente, cu tenesme, febră).

pm piureu de mere crude rase, dat în ceaiu (c) sau în ceaiu cu sol. Ringer (cR), sm supă de morcovi (Moro), la lapte albuminos, lm lapte de mamă.

Tratamentul este dietetic. Unii dau la începutul boalei oleu de ricină (la 2-3 ore 1 linguriță — lingură de copil, mai de multeori), sau calomel (0,01-0,06, la câte 1 oră, 3 X). E utilă și o spălare intestinală în plus. În primele 24 (la copiii de sân atrofici 6-12) ore, se dă ceaiu (cu 50% dextropur, sau cu soluție fiziologică de sare, 2:1), în pierderi mari de apă cu sonda nasală direct în stomac (sau subcutan glucoză 50%). Din ziua a doua, cărbune animal sau vegetal (neocarbon etc.), sau adsorgan. Tot din ziua a doua sau chiar dela început, fără purgativ (cu deosebire la copiii de sân micl cu turburări de nutriție prealabile, grav bolnavi), timp de 2 (3) zile, alimente adsorbante

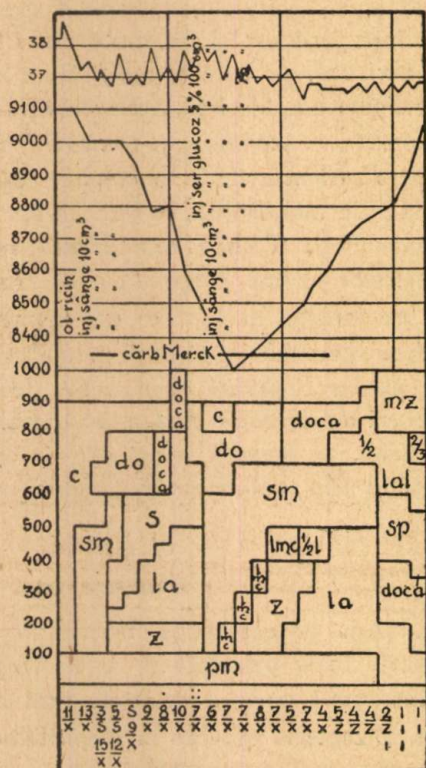


Fig. 9

Copil de 13 luni, cu dizenterie (de 4 săptămâni scaune frecvente, mucosanghinolente, vărsături, febră).

pm mere crude rase, sm supă de morcovi (Moro), do decoct de orez, dca decoct de orez cu cacao, s supă de legume, z zare, lmc lapte de mamă centrifugat, 1/2 l 1/2 lapte cu decoct de orez și zahăr, 1/2, 2/3 la 1/2, 2/3 lapte acidifiat cu acid lactic, sp supă cu piureu de legume, mz mămligă cu zare.

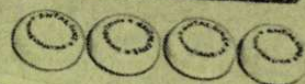
(supă de mere crude rase, sau suc de mere crude, tratament vechi popular în unele regiuni românești, sau mal bine aplona, sau supă de morcovi), eventual decoct de orez (oriza) diluat cu zer sau zare. Din ziua a treia înlocuire treptată, precaută, cu lapte acidifiat, zare, lapte albuminos, decoct de orez cu cazelnă, supă de malt (ordomalt). La copiii de sân micl, pe cât posibil și lapte de mamă. Cu răirea scaunelor se adăogă făină și zahăr laptelui și se trece în proximele 8-10 zile la pape cu lapte.

La copiii de sân trecuți de 8 luni și la copiii mai mari primele 2 (3) zile mere crude rase 200-400-600 gr (eventual ziua întâia ceaiu sau decoct de orez), sau morcovi cruți rași. La copiii mai mari cu răirea scaunelor din ziua 3-4 se dau brânză, lăur, zare, decoct gros de cereale, mămligă, pâine prăjită, pesmeți, compot de afine (cu făină de porumb), supă de mere rase, carne slabă sau șuncă; abia din săptămâna 2 plureuri de legume, de cartofi; mal târziu lapte. În genere scaunele rămase deocamdată rele, nu indică o reducere a cantității de hrană, sau schimbarea alimentului terapeutic cu altul. Trebuie evitate stările de inanție și sete, mai periculoase în diaterie ca în turburările pur alimentare. Creșterea ingerării de hrană nu poate fi contraindicată numai din cauza lipsei de ameliorare a scaunelor.

În cazurile ușoare ale copilor de sân mai mari adesea ajunge să eliminăm zahărul și să adăogăm în același timp laptelui un preparat de proteină (cafeselnă, larosan, plasmon), acid lactic (eventual separat biolactil) sau lactat de calciu (calcilactină), reducând la jumătate cantitatea zilnică, apoi mărind-o treptat. La copiii mai mari cazurile ușoare se tratează cu un regim bogat în idrați de carbon (decocturi, supe făinoase, mal bine cu un plus de larosan, plasmon), cacao de ovăz sau ghindă, supă de vin roșu, suc de afine, pape (1/2 lapte cu făină de grâu, porumb, mondamina, mămligă, mal apoi grig, orez, pesmeți cu puțin unt, budinci ușoare, creme).

Fenomenele de intoxicație se combat ca și în toxicoze. În tenesme, supozitorii de beladona, eupaco pro infantibus, pe cale bucală, soluție de atropină, uzara, la copiii mai mari opiu, pantopon. În neliniște și insomnie sedormid, noctal, sedamon, veronal, etc. Ca analeptice, cafeselnă, adrenalină, preparate de camfor, coramină, cormotil, strofantină, uabalină, simpatol, ergotină, striholină, glucoză parenteral (poate influența în edemul cerebral vărsăturile toxice, în concentrațiile de 25%, 40% intravenos). Pe pânțele cataplasme calde, de două ori pe zi câte două ore. După ameliorarea manifestărilor acute intestinale, sunt bune adstringentele (eldofarm, tanalbină, salicilatul de bismut, etc.). În evoluția cronică unii laudă clismele cu nitrat de argint, acid tanic, bolus alba, sau dermatol. Serul antidizenteric dă

Antalgine



DURERI POSTOPERATORII
CEFALEE POSTRACHIANESTEZICE
DURERI FULGURANTE TABETICE
DUPĂ PUNCTIILE LOMBARE
DURERI TALAMICE
NEURALGII CRIPTOGENETICE

Cooperativa Uzinele Sanitare
„Paulescu - Gerota - Șumuleanu“
București, Calea Griviței 67. - Tel. 498.08

Seropulmin



BRONCHO-PNEUMONII
BRONȘITE ACUTE ȘI CRONICE
AFECȚIUNI PULMONARE-
POST OPERATORII
BRONCHECTAZII
PNEUMONII
TUSE CONVULSIVĂ

Cooperativa Uzinele Sanitare
„Paulescu - Gerota - Șumuleanu“
București, Calea Griviței 67. - Tel. 498.08

EUPHYLLIN

peste 700 de publicațiuni dovedesc înalta ei valoare terapeutică la

boli cardio - vasculare

Ambalaje: Fiole i. v. Tablete
Fiole i. m. supozitoare



Byk - Guldenwerke Chemische Fabrik A. G. Berlin

Probe și literatură prin:

Loew & Co. S. A. Sibiu

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

în camere pt. două persoane dela RM 9

în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Professor Dr. A. Bacmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmeler**

Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald

Bahnstation Seebrugg (Deutschland)

rezultate foarte neîndestulătoare, totuși este încercat în cazuri toxice (mai cu seamă serul *monovalent*; cel polivalent e indicat în formele mai ușoare); îi este superioară transfuzia de ser fiziologic adăugat cu 5% glucoză (picătură cu picătură, 18—24 ore; la adulți mai nou o injecție intravenoasă de clorură de sodiu, 60 cmc din sol. 10%, 10—15 ore după rîcnă).

Bacteriofagul antidizenteric scurtează boala și scade infecțiozitatea. În dizenteria *amibiană*, ca și în cea bacilară, tratamentul clasic e cu sulfat de sodiu (în

doze purgative sau doze slabe mai multe zile), și ipeca (ca infuzie 0,5—1:100, din oră în oră; în spălături; sub formă de pulbere a lui *Dower*; sau ca emetină). Mai nou arsenicale (novarsenobenzol, stovarsol) sau acridine.

Tratamentul dietetic și medicamentos al dizenteriei se poate aplica cu succes — mai bun ca în dizenterie — în genere și în *enterocolita dizenteriformă* (catar intestinal infecțios), greu de diferențiat de dizenterie, din cauza nereușitelor examenului bacteriologic.

Articole științifice

Incercări cu reacția de sarcină Bowmann-Vischer

de

Dr. Copăceanu Martin Pavel

medic al spitalului din Moldova Nouă

Lucrarea de față a fost executată și terminată în anul 1935, ca preparator onorific al clinicii ginecologice și obstetricale din Cluj, de sub conducerea D-lui Profesor Cristea Grigoriu.

Pe acea vreme mi-au stat la dispoziție numai lucrările lui Meuken și Dollf. Publicația originală a lui B.-V. nu am cunoscut-o.

De atunci, mai mulți autori au ajuns la concluziile mele. Aceste rezultate le-am adăugat acestui studiu, care nu a putut vedea lumina tiparului până în prezent.

Deși reacțiile de sarcină biologice dau rezultate precise, totuși nevoia unei metode de diagnostic rapid este necesară.

Un astfel de procedeu, au comunicat în anul 1934 Bowmann și Vischer,¹⁾ care voiau să determine prolanul din urină printr-o reacție de colorare și floculare.

Tehnica lor este următoarea:

La 1 ccm urină se adaugă 1 gte apă oxigenată 95% + 5 gte sol. apoasă Phenylhidrazinchlorid 1% + 5 gte sol. apoasă Methylcianid 5% + 5 gte acid clorhidric conc.

Totul se pune 25 minute într-o baie marină.

Dacă acest amestec după fierbere se colorează în brun-roșiatic și formează un precipitat, reacția este pozitivă, dacă culoarea rămâne galbenă ca paui și fără precipitat ori unul numai pulviform, este negativă.

Autorii presupun o oxidație a prolanului, de aceea consideră urinele cu putere de reducere neaptes; pe de altă parte și albuminele pot altera reacția și îngreuna recunoașterea precipitatului caracteristic.

Ei au examinat reacția în 317 cazuri cu 295 rezultate corecte, deci 93% exactitate.

¹⁾ Bowmann—Vischer: Chemical Determination of Pregnancy H. Proc. Soc. exper. Biol. a. med. 1934.

Primul control l-a făcut Meuken,¹⁾ care examinând 23 urine, confirmă rezultatele.

În urmă Dollf²⁾ examinează 120 cazuri constatând 96,08% rezultate corecte la gravide înaintate, 94,45% la gravidități tinere și 81,52% în avorturi și sarcini ectopice; Din acestea conchide că un rezultat negativ exclude sarcina! El a lucrat cu o concentrație modificată a apel oxigenate de 1% și a methylcianidei de 1%.

Din literatura apărută în urma experiențelor noastre, cităm pe Friedrich,³⁾ care află la 312 urine peste 90% rezultate sigure. Recunoaște importanța acidului clorhidric în producerea reacției și cel al Densității urinelor.

Ritter,⁴⁾ găsește la 200 cazuri numai 56% rezultate corecte și neagă specificitatea reacției la Prolan.

și Eissner,⁵⁾ acordă reacției numai o valoare relativă.

Göczy,⁶⁾ constată o creștere proporțională a rezultatelor corecte cu înaintarea sarcinii totuși și la sfârșit sub 100%. Nu-l acordă vreo valoare în diagnosticul precoce.

Dodds,⁷⁾ constată câte 10% reacții eronate la urine dela gravide și negravid.

¹⁾ Meuken i. G.: Zur chemischen Schwangerschafts-Reaktion von B.-V. De. Me. Vo. 1934.

²⁾ Dollf C.: Bericht über einige Nachuntersuchungen der chem. Schwangerschafts-Reaktion von B.-V. Zbl. f. Gynäk. 1935/49.

³⁾ Friedrich B.: Nachprüfung und vereinfachung der Schwangerschafts-Reaktion nach V.-B. Mschr. Geburtsh. 1936/103.

⁴⁾ Ritter W.: Zur Frage der Brauchbarkeit der V.-B. Schwang. Reaktion. Med. Klin. 1936/II.

⁵⁾ Eissner: Zur Frage der Schwangerschafts-Reaktion von V.-B. Klin. Wo. 1936/I.

⁶⁾ Göczy L.: Erfahrungen mit der V.-B. Schwang.-Reaktion. Magy. Nőgyógy. 1936. (Extras din Ber. ü. Ges. Gynäk. u. Geburtshilfe).

⁷⁾ Dodds G. H.: The V.-B. test for pregnancy. Brit. med. J. 1936. (Extras din Ber. ü. Ges. Gynäk. u. Obstet.).

Wagner,¹⁾ făcând 500 experiențe confirmă constatările anterioare relativ la rolul greutatei specifice a urinei, astfel urile sub 1012 sunt întotdeauna negative, sub 1016 de regulă negative, la 1030 chiar la bărbați pozitive. Urile cu albumină chiar sub 1012 pozitive. Între 1012—1022 Dens. reacțiile sunt variabile deci nu dau rezultate corecte.

Wiesner,²⁾ constată negativarea reacției la 8—10 zile post partum iar în sarcină găsește 93,4% rezultate corecte.

Ostadal,³⁾ constată 88% pozitivitate corectă în schimb reacțiile negative le socotește fără valoare de diagnostic.

Frech,⁴⁾ din 513 observații află 40 rezultate false atât pozitive cât și negative.

Not am făcut 350 de probe, examinând 324 urile și făcând 26 alte reacții. Asemenea lui Dolff am deosebit următoarele patru categorii de reacții:

Reacția	de culoare	cu precipitat
foarte inten. (+++)	brun închisă	abundent cu flocoane mari
pozitive (++)	brun deschisă	cu mai puține flocoane și mai mici
slab pozitivă (+)	brun-galben	foarte fin (pulviform)
negative (0)	galben-aurie	cu sau fără precipitat

Este de menționat că precipitatul la multe reacții se formează la răcire, cu sedimentarea lui și culoarea pierde ceva din intensitate.

Iată rezultatele noastre :

Urile dela	Nr.	+++	++	+	Total pozitive	Negative
Gravide la termen	38	8	5	14	27	9
Lehuze	35	6	2	4	12	10
Negravide	22	3	10	13	26	9
Suspecte de sarcină (3 gravide)	17	2	4	6	12	5
Bărbați	32	8	4	6	18	14
In total :					95	47

Din cele de mai sus rezultă, că nu există nicio regularitate în apariția unei reacții pozitive ori negative, balanța înclinând mai des spre partea pozitivă indiferent dacă este o urină dela gravidă, negravidă ori bărbat.

¹⁾ Wiesner E. : Die chem. Schwangerschaftsdiagnose aus dem Harn. Zbl. Gynäk. 1936/1688.

²⁾ Wagner R. : Die chemische Schwangerschafts-Reaktion nach V.-B. Zbl. Gynäk. 1937.

³⁾ Ostadal B. : Chem. Schwang.-Reaktion nach V.-B. Zbl. Gynäk. 1937.

⁴⁾ Frech Jn. H. : A modification of the V.-B. pregnancy test J. obst. 1937/33. (Extras din Ber. üb. Ges. Gynäk. u. Obstetr.).

Pentru a putea analiza cauzele acestui comportări a reacției am înregistrat la o serie de urile densitatea și conținutul lor în albumină.

Astfel s'a controlat densitatea la :

14 urile dela gravide.

11 " " lehuze.

12 " " bărbați.

Indiferent de originea urinei, am avut următorul rezultat :

Urile cu	Negative	Pozitive	In total
Densitatea sub 1010	1	—	25
" " 1015	4	4	
" " 1020	6	10	
Densitatea sub 1025	3	4	12
" " 1030	1	1	
" " 1035		3	
Total :	15	22	37

Deși reacțiile nu au fost prea numeroase, se poate constata, că urile mai concentrate par a da reacția pozitivă ceva mai des decât cele neconcentrate.

Peste dens. 1020 este pozitivă în proporția de numai 2:1; și sub dens. 1020 predomină cele pozitive.

Dovada, că nu concentrația este hotărâtoare ne-o furnizează faptul că între 1020 și 1030 există unele urile care dau rezultate negative!

Cercetând rolul albuminelor în producerea reacției am controlat 20 urile care aveau albumină la reacția cu acid sulfosalicilic.

	Totalul urinelor 20	+	0
Dela gravide	5	5	—
" Lehuze	5	4	1
" Negravide	6	5	1
" Bărbați	4	1	3

Se constată că și aici predomină la femei cele pozitive.

Paralel cu aceste reacții făcute întocmai după metoda lui B.-V., am încercat și o serie de modificări. În speranța depistării substanțelor care contribuie la reacție.

În acest scop am alcalizat :

1. 26 urile acide cu câte 2 gte Hidrat de Sodiu 20%. Am constatat în 21 cazuri reacția mai intensă decât normal, în 5 cazuri a fost mai slabă.

2. La 13 urile dela gravide, care au dat reacție pozitivă am alcalizat și mai mult adăugând 10 gte hidrat de sodiu 20%. Reacția în mediu alcalizat nu mai produce colorația în brun decât după acidulare cu 4 gte acid clorhidric conc.

3. La 11 urline gravide pozitive se reduce cantitatea de Phenylhidrazinchlorid 1% dela 5 gte la 3 gte fără să se observe vreo modificare.

4. La 10 urline pozitive se face reacția numai cu Methylclanid și acid clorhidric, în 6 cazuri reacția normală în alte 4 nu s'a produs.

5. La 8 urline se face reacția numai cu Phenylhidrazinchlorid și methylclanid (fără acidul clorhidric), colorația caracteristică nu s'a mai produs.

6. La 14 urline cu prezența de albumină și care au dat reacția pozitivă se face reacția numai cu acid clorhidric conc. 25% și se pune în baie marină. În toate cazurile rezultatul a fost pozitiv de culoare foarte intensă și cu floculare abundente.

7. După același procedeu și alte 10 urline fără albumină dau reacția pozitivă.

Se poate spune că reacțiile numai cu acid clorhidric sunt mai intense decât normal, totuși la unele urline deși se colorează intensiv brun nu se produce precipitat. (Această constatare a făcut-o în urmă și Friedrich, care însă presupune o reacție între Prolan și H. Cl.

8. În 15 cazuri s'a încercat reacția B.-V. și cu alți acizi, bunăoară cu acid sulfosalicilic 10% din care s'a pus 5 gte în locul acidului clorhidric. Reacția se producea totuși culoarea numai rareori se poate confunda.

9. În 14 cazuri s'a făcut reacția B.-V. și fără apă oxigenată, fără ca ea să se modifice.

10. O urină care conținea acid uric a dat o reacție intens pozitivă.

11. Din trei urline dela bărbați cu zahăr una a fost pozitivă.

12. S'au făcut reacții și cu următoarele substanțe:

Ser fiziologic, ser hipertonic, uree, ammonsulfat cholesterină 0,2%, Na fosfat, extract de ovar total, extract de glandă pineală.

În toate cazurile rezultatul a fost negativ.

13. Cu două preparate de Prolan extrase la Cluj reacția a fost negativă.

Cu 100 R. F. a preparatului Physolan reacția a fost negativă.

Comparând publicațiile autorilor care s'au ocupat cu această problemă constatăm că cercetătorii din anul 1934/35: — Bowmann și Vischer, Meuken și Dolff, consideră reacția bună pentru diagnosticul precoce al sarcinei, — din cel de mai târziu numai Friedrich.

Göczy, Ostadal, Wiesner și Elssner îl mai acordă o valoare relativă, pe când Ritter, Dodds, Wagner și Frech o refuză complet.

Este interesant de menționat, că până astăzi nu s'a putut preciza principiul pe bază al reacției.

B.-V., Meuken, Dolff, Wiesner și Frech presupuneau o reacție la Prolan. Friedrich presupunea o reacție între acidul clorhidric și Prolan.

Elssner credea că reacția este dată de substanțele asociate cu hormonul.

Ostadal bănuia că hidrații de carbon al urinei în special lactoza ar da reacția.

B.-V., Meuken, Wagner și Ritter au subliniat rolul greutatei specifice a urinei la producerea reacției.

Din constatările noastre putem conchide că nu poate fi vorba de o reacție la Prolan.

Recunoaștem că urinele concentrate dau mai frecvent reacția, că conținutul în albumină ori în hidrați de carbon joacă un anumit rol, totuși nu ele sunt elementul de bază al reacției pentru că multe urline cu acest conținut sunt negative.

Mai verosimil ne pare să bănuim anumite substanțe aromatice eliminate prin urină și care până în prezent nu au fost identificate.

In concluzie.

Reacția de sarcină Bowmann și Vischer nu este o probă specifică, rezultatele ei sunt cu totul neprecise nu se pot valorifica în practică.

RESUMÉ

Expériences avec la réaction de grossesse Bowmann-Vischer

On avait exécuté 350 expériences avec d'urines des gravides, nongravides, des hommes et avec autres substances.

La conclusion finale que s'impose est que cette réaction n'a aucune spécificité pour le Prolan et les résultats sont en majorité inexacts, donc pour la pratique sans valeur.

ZUSAMMENFASSUNG

Versuche mit der Schwangerschaftsreaktion von Bowmann-Vischer

Durch 350 Versuche an Harn von Schwangeren, Nichtschwangeren von Männer und andere Einzelsubstanzen gelangte man zu dem Ergebniss, dass diese Schwangerschafts-Probe keine spezifische Reaktion auf Prolan, und ihre Ergebnisse grösstenteils falsch also praktisch unwertbar sind.

Raportul dintre kistele de ovar luteinice și evoluția moli hidatiforme și chorioepiteliomului

de

Dr. Traian Petrescu
Medic Primar Director

Kistele de ovar luteinice fac parte din tetrada simptomelor în diagnosticul moli hidatiforme și mai ales a Chorioepiteliomului, fiind de o mare valoare mai ales în diagnosticul evoluției post-molare.

Cunoscute dela Gregorini și Halle 1795 au fost studiate de atunci atât în Franța cât și în Germania și Italia.

Structura anatomo-patologică a fost descrisă de Lelievre și Portes, volumul este variabil și sunt de obicei multilocular cu cavități separate sau comunicante. Peretele kistului este compus din trei planuri: 1. Intern format din celule de luteină și resturi din granuloza folliculară (caracteristică asupra originii lor folliculare). 2. Mediu format dintr'un strat conjunctivovascular și 3. Extern din strat fibros.

Apariția poate fi în același timp cu mola sau după evacuarea acesteia. Sunt inconstante găslându-se numai în 62%—77% după observațiunile publicate.

Patogenie. Frankel credea că sunt cauzele ce produc Chorioepiteliomul în realitate însă sunt consecința anomaliilor plasmodiale ce are loc în dezvoltarea moli și Chorioepiteliomului.

Descoperirile biologice au dovedit că hormonii gonadotropi care prezintă la maturarea folliculilor și apoi la luteinizarea acestora și care sunt secretați de obicei de hipofiză, în timpul sarcinii sunt secretați de placenta straturilor plasmodiale care se substituie hipofizei.

Brindeau și Hinglels au arătat că secreția hormonală este în raport cu vitalitatea plasmodiului placentei. Exagerarea funcțiunii acesteia în mola și Chorioepiteliom produce o secreție exagerată de prolame ce luteinizează puternic ovalul, iar folliculii ovarienți devin kistici.

Importanța lor în ceea ce privește prognosticul unei mole și apariția unui Chorioepiteliom este variabilă. Bar și Cattalorda recomandau histerectomia în cazul apariției kistelor în timpul sau după expunerea moli.

În ultimul timp diagnosticul biologic este acela care comandă conduita terapeutică în evoluția post-molară mai ales că s'au citat cazuri de kiste mari fără tumoră și de tumoră fără kiste.

Diagnosticul hormonal este insuficient și nu ne poate da multe indicațiuni pe când cel cantitativ are o importanță deosebită deoarece după principiul enunțat de Brindeau și Hinglels relația între secreția hormonală și vitalitatea celulelor sincitiale ale placentei este constantă.

Pentru a se face diagnosticul precoce a unei complicații maligne post-molare este nevoie de examene hormonale și titrări frecvente pentru a se stabili curba de eliminare a hormonilor gonadotropi. Pentru aceasta Brindeau, Hinglels și Merger în Bull. și Mem. Acad. Chirurgie 1937 stabilesc trei moduri de eliminare a prolanelor B după expulsiunea moli ce constituie curbe deosebite de mare importanță în prognosticul moli.

Pentru diagnosticul hormonal este necesar a se avea la dispoziție posibilități de controlare a eliminării cantitative a hormonilor gonadotropi, deoarece persistența la un nivel ridicat într-o serie de analize a acestora este mult mai importantă decât descoperirea în mod accidental a unui mare număr de unități.

Redăm mai jos observația unui caz din serviciul nostru pe care l-am rezolvat fără control biologic și în legătură cu care vom discuta relațiile kistelor de ovar cu diagnosticul moli.

Femea N. N. de 22 ani se internează la 19 I. 1941 în serviciul nostru pentru metroragie gravă și dureri abdominale.

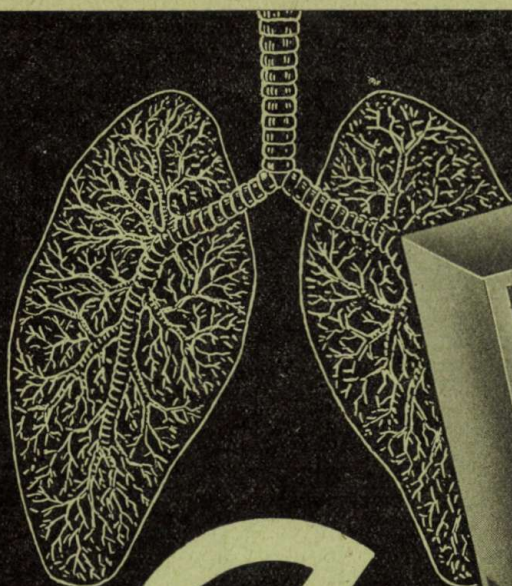
Antecedente personale și fiziologice menstruată la 14 ani în mod regulat și căsătorită înainte de trei luni. Neagă orice boală venerică sau contagioasă.

Istoric. Amenoreică de două luni simptomele subiective foarte exagerate imediat după oprirea menstruației. A fost surprinsă de creșterea volumului abdomenului prea repede. De vreo 10 ore începe să alba pierdere de sânge din ce în ce mai abundente însoțite de chlaguri și dureri mari în abdomen și în lombe, care o determină să se interneze în spital.

Stare prezentă de constituție normală semne de anemie accentuată, puls frecvent și hipotensiv.

La examenul abdominal se constată corpul uterin până la nivelul ombilicului, contracțiuni continue. La examenul genital se constată colul șters și permeabil pentru un deget. Nu se disting părți fetale și nu se aude bătăile cordului fetal. Se pune diagnosticul de Mola hidatiformă în iminență de avort și se procedează după dilatarea prealabilă a colului unei mole mari multi-veziculară, neembrionată și multe chlaguri, se face apoi controlul cavității și curetaj.

Evoluție. Hemoragia încetează și este înlocuită de scurgere sero-sanghinolentă abundentă uterul involuază încet, din când în când mici pierderi de sânge. Chiar de a doua zi se percepe în abdomen alături de uter o tumefacție tumorală care crește dela o zi la alta



Calcefix

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS
GLUCONAT DE CALCIU... 5%
LEVULINAT DE CALCIU... 5%
CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50%
FIOLE a 5 și 10 cc.
Laboratoarele „GAMMA”

HORMONUL FOLICULAR OVARIAN

„GYNOFOLIN”

PREPARAT PUR BIOLOGIC, TITRAT RIGUROS ÎN UNITĂȚI ȘOARECE

FIOLE INJECTABILE (TOATE DOSAGIILE) CREMĂ IN TUBURI

COMPRIMATE

PICĂTURI

In afecțiunile
căilor respiratorii

BRONCHOSEPTOL
DRAGELE

B.ADES.

Anemoton
„GAMMA”

TONIC ȘI
RECONSTITUANT

ANEMIE
SURMENAJ
LIMFATISM

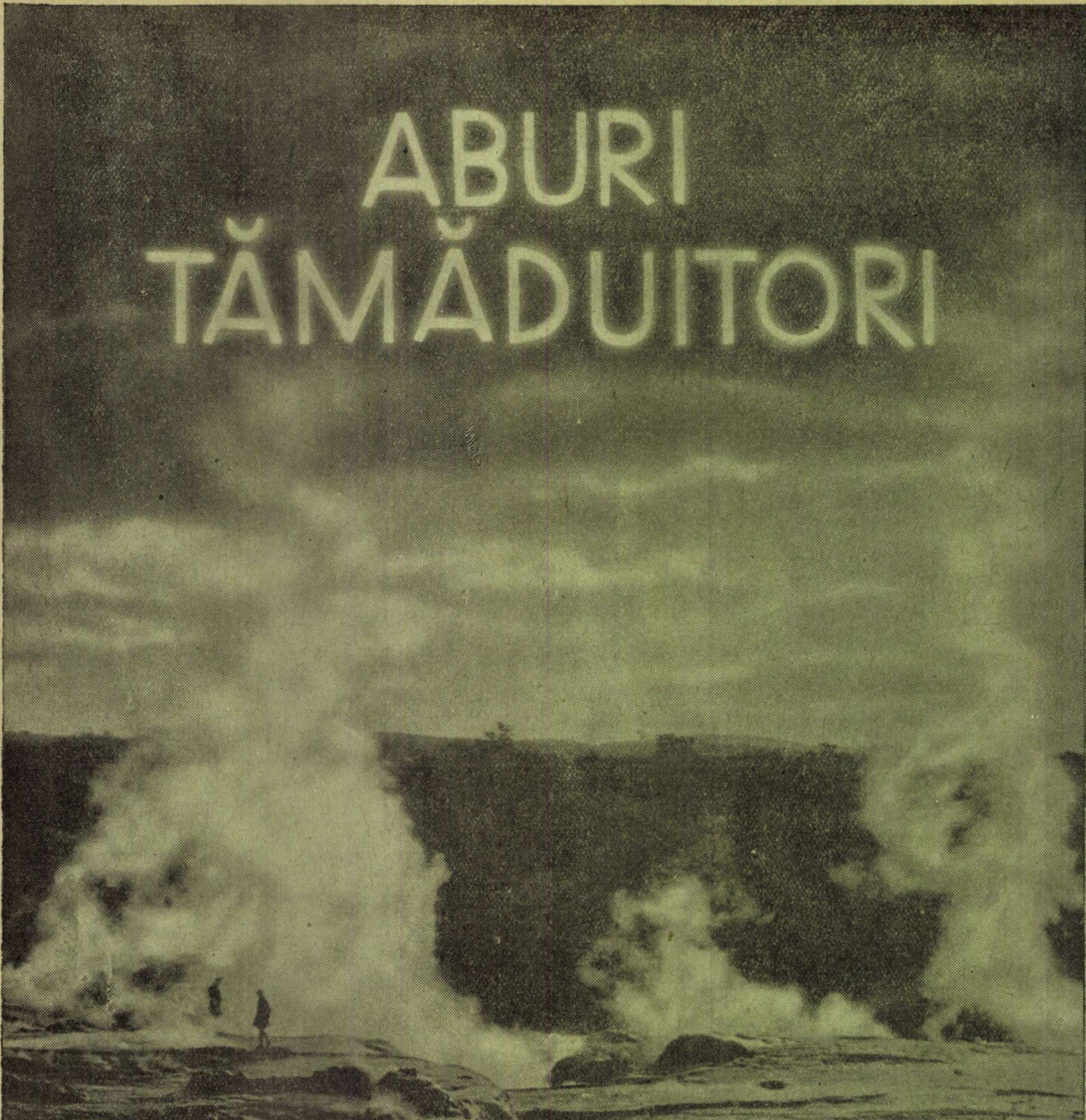
INDICAȚII:
— Anemie —
— Astenie —
— Insuficiență
— Infecții
— Nevroze
— Rachitism
— Stări de epuizare
— Anorexie

Mod de utilizare:
ADULTI 2-4 lingurițe
COPII 1-2 lingurițe

LABORATOARE „GAMMA”

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

ABURI TĂMĂDUITORI



..... Precursori tratamentului modern de înhalatie!

Glycirenan

reputat de decenii pentru profilaxia
și tratamentul

astmului bronșic, bronșitele, rhinitei,
laringitei, tracheitei și sinusitelor.

Atmos - Gesellschaft Fritzsching & Co., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

ajungând până la nivelul ombilicului. Prin tact vaginal se constată o tumoră kistică care blochează Douglas-ul împingând uterul înainte și în sus și alta cu evoluție abdominală mobilă și ajunge până aproape de ombilic. Femeia se plânge de dureri în abdomen, colul întredeschis, secrețiile abundente cu aspect de lochii.

Deși simptomele uterine nu erau alarmante bazați pe creșterea repede și progresivă a kistelor în imposibilitate de a face un examen hormonal ne gândim la malingnizarea rapidă a unor resturi molare și cu aprobarea familiei decidem laparotomia.

Intervenția. Rachianestezie. Dr. Petrescu și Dr. Duca.

La deschiderea abdomenului se constată un kist polilobat al ovarului stâng de mărimea unui cap de copil deasupra uterului și altul căzut în Douglas de aceeași mărime. Uterul mărit moale congestionat fără a prezenta vreo tumoră.

Se procedează la Histerectomie totală, peritonizare și sutura peretelui abdominal.

Vindecare per primam în zece zile, este revăzută de curând de D-l medic secundar și se găsește în perfectă stare de sănătate.

Se trimite plesa la laboratorul facultății din Sibiu și se răspunde că s'a găsit kiste foliculare ale ovarului și nu se spune nimic despre examenul uterului, probabil s'a pierdut plesa.

Subsemnatii la deschiderea plesii după operație am găsit pe fundul uterului o formațiune de mărimea unei plesii în parte ulcerată și în parte cu muguri care îngroașe la acel nivel peretele uterin în care se infiltrază în profunzime.

După cum s'a văzut din descrierea istoriei clinice este vorba de o mola evacuată unde puțin după aceea evoluția rapidă a două kiste de ovar care înainte nu au existat sau au fost atât de mici că au trecut neobservate au fost singurele simptome care ne-au îndreptățit în bănuiala noastră de evoluția unui Chorioepitheliom cu evoluție rapidă să intervenim pentru a face o histerectomie totală.

Imposibilitatea practică de a proceda la dozarea cantitativă a eliminării hormonale (neavând un laborator) prin deducție clinică am interpretat în mod logic mărirea rapidă a kistelor de o secreție anormală de hormoni gonadotropi prin evoluția unui plasmodiu virulent.

Deciziunea am luat-o după multă ezitare fiind vorba de o nulpară tânără și dacă chorioepitheliomul survine în proporție de 1 la 10 castrarea atârna greu în balanța atitudinii ce trebuia luată.

Examenul macroscopic al piesei și apoi cel microscopic ne-au confirmat bănueli.

Am adus acest caz la cunoștință atât pentru mărimea neobișnuită cât și evoluția rapidă a kistelor care a fost singur element pentru punerea diagnosticului cât și pentru situația dramatică în care se găsește de multe ori obstetricianul lipsit de elementele moderne ale diagnosticului biologic pe care trebuie să suplinească prin simțul clinic și resursele semiologiei obstetricale.

Dacă în calitate de obstetricienți și ginecologi avem datorită de a salva integritatea aparatului genital și capacitatea de reproducție, ca medicii avem datorită în primul rând a salva individul și aceasta primează în conduita ce trebuie urmată.

SPIITALUL DE STAT SIGHIȘOARA
SECȚIA DE MATERNITATE ȘI GINECOLOGICĂ

RESUMÉ

Le rapport entre les kystes luteiniques de l'ovaire et l'évolution du môle hydatiforme et du chorioépithéliome

On décrit un cas de môle hydatiforme avec un kyste polylobé de l'ovaire gauche de la grosseur d'une tête de fœtus chez une femme de 22 ans. En liaison avec ce cas l'auteur discute le rapport entre les kystes luteiniques de l'ovaire et l'évolution du môle hydatiforme et du chorioépithéliome.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Verhältnis zwischen luteinischen Eierstock-Zysten und Entwicklung der hydatiformen Masse und der Chorioepitheliome

Es wird ein Fall von hydatiformer Masse mit polylobärer Zyste des linken Eierstockes in Kopfgrösse eines Neugeborenen, bei einer Frau von 22 Jahren beschrieben. In Zusammenhang mit diesem Falle bespricht der Verfasser das Verhältnis zwischen luteinischen Eierstock-Zysten und Entwicklung der hydatiformen Masse und der Chorioepitheliome.

Observațiuni în legătură cu cinci cazuri de intoxicații grave accidentale la copii cu *Hyosclamus Niger* (Măsălarită)

de

Dr. Aurel Buhociumedic sanitar
Pecineaga-Tulcea

În clinică intoxicațiile accidentale cu *Hyosclamus niger* (măsălarită) sunt foarte rare. Totuși în decurs de doi ani consecutivi și în trei localități diferite la consultațiile de la dispensar am avut ocazia de a observa trei cazuri de intoxicații grave cu *hyosclam*, iar în două cazuri diagnosticul a fost stabilit prin autopsie.

Primul caz din vara anului 1940 și cel de al doilea în 1941 nu le-am dat prea mare importanță. La o săptămână după cel de al doilea caz, se prezintă la consultațiile de urgență alt copil în stare de comă. Dacă părinții nu mi-ar fi declarat în mod precis cauza acestui stări, cred că m'aș fi gândit la cu totul altceva. De altfel și primele două cazuri au venit cu diagnosticul făcut deoarece mama primului copil a venit la dispensar ținând în mână o ramură de măsălarită; aceasta spre a mă ușura ca să-i dau ajutoarele respective cât mai grabnic. Cât privește diagnosticul celui de al doilea caz, am descoperit și noi și părinții în buzunarele bolnavului flori și frunze de măsălarită sfărâmate și mușcate.

Din capul locului nu rămâne nicio îndoielă asupra exactității diagnosticului.

Nici chiar în cel de al treilea caz nu m'aș fi sesizat dacă nu m'ar fi frapat un simptom comun, ce nu l-am găsit nici în tratatele clasice respective și nici în alte lucrări de specialitate și anume *anartria*.

Pe lângă tabloul simptomatic știut: agitație, uscăciunea limbii și gâtului, mers nesigur (în zig-zag) mîrlăză, eritem aproape scarlatiniform, disartrie, halucinații, am constatat și acest mutism expresiv. Din cauza acestui mutism n'am putut să conversez cu el și să-mi precizez ce vede și ce aud (halucinații vizuale și auditive).

După ce a dispărut coma la cel de al treilea caz am constatat și aici anartria, care a durat cam 2—3 ore; anartria a durat la toți trei în medie de la una la trei ore.

În Iulie 1941 am primit ordin să execut două autopsii în comuna Ostrov-Tulcea, la doi copii morți în mod suspect; se știa că ar fi mâncat bomboane otrăvite lansate de aviația sau parașutiștii inamici; din cercetările autorităților reieșea însă, „că ar fi mâncat semințe de măsălarită!...

După cum se va vedea din lectura raportului medico-legal, citat mai la vale, am descoperit în stomacul celor două cadavre cantități apreciabile de semințe de *Hyosclamus niger* nedigerate și nedistruse prin putrefacție.

Am crezut de bine să descriu aceste constatări, care au o importanță în practica medicală.

Înainte de a intra în discuția clinică a cazurilor doresc să amintesc câteva date de farmacognozie și farmacodinamie.

Hyosclamus niger face parte din familia Solanaceelor ca și *Atropa-belladonna* (mătrăguna) și *Datura stramonium* (laur). Este o plantă anuală care crește prin locuri părăsite, pe marginea drumurilor, prin curți, prin grădini nelucrate, în locuri neumbrate, etc.; înaltă de 30—40 cm., de un verde vested, acoperită cu un păr moale păslos, cu miros desăgreaabil, gust sârbăd respingător; părțile otrăvitoare sunt frunzele, florile și apoi semințele; ramurile și rădăcina sunt mai puțin active. În doză mică alină durerile, aduce somn, nu dă constipație ca opiaceele; în doze mai mari dă amețeli, stări stuporoase, turburări vizuale, mîrlăză, delir, sete și uscăciunea limbii și a gâtului, greață, răgușeală, dificultate în deglutiție, o stare de moliciune musculară și eritem de aspect scarlatiniform. În doză toxică dă o stupeoare mare, disartrie, halucinații, delir furios, convulsii, dromomanie, comă și apoi moarte. Noi am mai constatat pe lângă simptomele de mai sus și anartria cu un simptom mai avansat.

În terapeutică e bun calmant, antispasmodic și antinevralgic; fumigațiile sau decoctul ținut în gură alină durerile de măsele, de unde îi vine și numele popular; frunzele opărite aplicate pe părțile dureroase aduc alinare în nevralgia și dureri reumatoidale.

Se prescrie sub forma de pulvere, infuzii, tinctură, sirop, balsamul tranquil conține și oleum *hyosclami* compositum. Cel mai important alcaloid este *hyosclamina*, apoi *hyoscina*; *hyosclamina* are acțiune de două ori mai puternică ca *atropina*.

Trecem la expunerea cazurilor.

1. C. N. bălat, de cinci ani, Chilia-Veche jud. Tulcea; în ziua de 5 August 1940 este adus de mama sa la dispensar. Prezenta: anartrie, mîrlăză, foarte agitat, halucinații vizuale și auditive (ținea privirea în gol, căuta să prindă cu mâna ceva din aer — carfologie — arăta cu degetul spre lucruri din pereți, de pe masă ce altfel nu l-ar fi impresionat, se rotia brusc în loc ca și cum ar fi fost strigat pe nume în timp ce în jurul lui era liniște), limba uscată, ușor eritem pe coapse și abdomen, mers poticnit și neregulat. Puls 90, temp. 36,9; în antecedentele teredo-colaterale și perso-

nale nimic deosebit; a fost găsit cu o oră înainte mâncând frunze și flori de măsălarică fiind lăsat singur de mama sa care era ocupată cu prașla.

I s'a administrat o clismă și o spălătură gastrică cu soluție 1/2000 MnO_4K ; lichidul evacuat din stomac nu conținea nimic deosebit macroscopic. După aproximativ 1½ oră a început să vorbească; mîdriaza a durat 4 zile.

2. S. G. fată, 4½ ani Pecineaga-Tulcea; în ziua de 25 Iulie 1941 este adusă de mama sa la dispensar care spunea că a găsit-o mîncând frunze de măsălarică, burulană ce crește în curtea gospodăriei ei; puls 80, temp. 36,7, anartrie, fapt ce a făcut pe mama să o aducă la dispensar; copilul era foarte agitat, în mers se împedea ușor și cădea, mîdriază, eritem, fața vultuoasă, limba și faringele uscate. I s'a administrat o clismă, i s'a dat să bea lapte apol 20 gr. SO_4Mg , cam după o oră a început să vorbească; mîdriaza a durat trei zile.

3. T. R. bălat, 7 ani Pecineaga-Tulcea; în ziua de 2 Iulie 1941 la ora 9 seara este adus de părinte în stare de comă la dispensar; părinte l-au găsit „adormit” la vie unde-l trimisese să aducă iarbă, nu l-a putut trezi, respira greu; și-au închipuit că o fi mîncat ceva; în adevăr descopere lângă copil ramuri de măsălarică cu mai multe frunze rupte. Prezenta: puls 65, temp. 36,5, mîdriază, față cianozată, extremitățile reci, eritem intens scarlatiniform, limba arsă, flaciditate musculară asemănătoare unei paralizii. I s'a administrat analeptice, comprese calde, inhalatii de vapor de amoniac; i se face o injecție 0,03 strichnină. După 10 minute: sughituri, mișcări a extremităților, cliptiri, gemete, urînează; acasă i se dă lapte cald; după o ½ de oră își revine după care urmează anartria ce mai durează 3 ore; a recunoscut că a mîncat frunze de măsălarică; mîdriaza a durat 8 zile. În prezent copilul este complet sănătos și nu prezintă nimic deosebit atât funcțional cât și organic.

4 și 5. Relevăm faptul că intoxicațiile acestea dau autopsia negativă. Dăm în copie partea ce interesează din actul medico-legal de autopsie din 17 Iulie 1941.

„Subsemnatul a găsit cadavrele transportate la domiciliul părinților; în consecință ne-am deplasat împreună cu autoritățile respective la locul morții (la vie), unde am găsit în colibă și în jurul ei, unde au fost găsiți morți, foarte multe ramuri de *Hyoscyamus niger* desbiliate sau scuturate.

Am procedat la executarea autopsiilor, constatând cele ce urmează:

Cadavrele sunt în completă descompunere; părți întregi din pielea păroasă a capului, axilelor, pulpe, fese, sunt lipsă; fața desfigurată, globii oculari topiți și scurși,

culoarea pielii este neagră strălucitoare; limba și cavitatea bucală sunt macerate. La deschiderea toracelui și abdomenului se constată: esofagul, trahela, pleura, plămânul și pericardul nu prezintă nimic deosebit; la deschiderea inimii am găsit câteva chiaguri, culoarea și consistența inimii nu prezenta nimic important; peritoneul visceral prezintă foarte puține leziuni de mărimea unui bob de linte de culoare roșatică. Ficatul și splina par ușor mărite.

Stomacul conține o cantitate cam de 100–150 gr boabe de *Hyoscyamus niger* ușor de recunoscut, unele întregi, altele intrate în putrefacție într'un lichid vâscos de culoare galbenă murdară cu miros penetrant. Pereții stomacului prezintă mici pete roșatice. Duodenul și intestinul subțire conțin un lichid asemănător cu cel din stomac, dar mai puțin și mai fluid. Prin cateterism nu s'a putut extrage urină. Colonul și vezica urinară nu prezintă nimic deosebit.

Concluziuni:

1. Cauza morții copiilor Tănase C. Deacu, de 9 ani, și Titina C. Deacu, de 6 ani, este datorită unei intoxicații accidentale cu semințe de *Hyoscyamus niger* prin ingerare.

2. Dela ingerarea toxicului până la moarte a durat un timp de circa 7–8 ore.

Din descrierea cazurilor rezultă mai multe constatări, din care unele sunt amintite.

Toți cinci copiii au suferit intoxicații grave; gravitatea este evidentă pentru cei rămași în viață prin anartrie și comă, — cel de al treilea a trecut și el prin anartrie după ce a ieșit din comă. Deci anartria e un simptom ce arată, după, cum spuneam, gravitatea maximă, dar și un semn postcomatos. Se pune întrebarea, dacă anartria primilor doi, ce n'au ajuns până la comă, este egală d. p. d. v. clinic cu anartria celui de al treilea, — anartrie postcomatoasă. Se înțelege dela sine că dacă cantitatea masivă a toxicului a dat anartrie primilor doi, probabil a dat și celui de al treilea anterior intrării în comă, ca și celor doi sucumbați, iar dacă cel de al treilea a prezentat anartrie și după comă, aceasta se datorește faptului că până la eliminarea și distrugerea din organism a toxicului, bolnavul a trebuit să-și continue anartria precomatoasă; așa dar nu numai că anartria precomatoasă este egală cu cea postcomatoasă, ci în fond pare a fi una și aceeași.

Anartria ca semn grav de intoxicație accidentală cu *Hyoscyamus* e explicată ușor dacă avem în vedere că intoxicațiile ușoare dau uscăciunea gurii și faringelui, intoxicațiile mai înaintate dau răgușeală și disartrie, intoxicațiile grave vor da acel mutism caracteristic cazurilor noastre.

Având gust și miros respingător atât frunzele, florile cât și boabele, se pune întrebarea de ce totuși se îngerează în așa mari cantități? Nu se poate răspunde decât relativ dar totuși plauzibil. Din cazul-stica noastră formată numai din copii sub zece ani — cel mai mare de 9 ani și cel mai mic $4\frac{1}{2}$ ani — rezultă că toți erau à jeune, după cum spuneam la 5—6 ore dela ultima masă, apoi... „copilul duce totul la gură!”. Din investigațiile noastre personale și particulare am aflat că cel doi copii morți n'aveau hrană pentru toată ziua, apoi zilele de vară sunt mari. Că în adevăr erau flămânzi, la autopsie n'am descoperit în stomac nici urme de alimente, deci absorbția toxicului a putut să se facă la maximum.

Având în vedere că autopsia este negativă, dacă n'am fi descoperit în stomacul cadavrelor cantități mari de semănțe, n'ar fi rămas în dovedirea cauzei morții decât presupuneri; totuși acele ramuri de Hyosclam desboblite și descoperite la locul morții, ar fi fost un punct de reper solid dacă ținem seamă și de faptul că și celelalte trei cazuri li s'au pus diagnosticul pe declarația părinților și apoi pe tabloul clinic.

Urmează că toate aceste cinci cazuri se completează unele pe altele dându-ne gama întregă a simptomatologiei intoxicațiilor grave accidentale la copii cu Hyosclamus niger evidențiindu-se acest distinct semn *anartria*.

În ceea ce privește tratamentul s'a făcut cât a fost posibil, având în vedere că eram la un dispensar izolat de orice fel de centru spitalicesc; s'întrebuțina administrată (0,03) celui în comă, am dat-o ca simplu excitant, pentru că bolnavul era într-o flascăritate musculară neobișnuită, de aparență paralizică; rămâne de văzut prin lucrările de laborator, ce le vom continua, dacă în aceste cazuri de intoxicații grave cu Hyosclam, s'întrebuțina ar avea vreo valoare terapeutică.

Concluziuni. 1. Intoxicațiile grave accidentale cu hyosclamus niger au loc în proporție de 100% la copii, după cum rezultă din cele cinci cazuri ale noastre.

2. Diagnosticul lor s'a făcut automat prin anamneza dată de părinții bolnavilor cât și din tabloul clinic tipic.

3. Mortalitatea în aceste intoxicații grave este de 40%.

4. Se confirmă legea că, dacă intoxicatul nu moare în prima zi, nu mai moare.

5. Se adaugă la tabloul simptomatologic un nou semn: anartria ca fiind cel mai avansat semn în astfel de intoxicații, după care urmează coma și moartea.

RESUMÉ

Observations sur cinq cas d'intoxications graves accidentelles chez des enfants avec hyosclamus niger

Les intoxications accidentelles par hyosclamus niger chez les enfants sont graves dans une proportion de 100%, comme il résulte des cinq observations de l'auteur.

Le diagnostic de ces cas a été fait des antécédents donnés par les parents des malades et par les tableau clinique typique.

La mortalité dans ces cas d'intoxication grave est de 40%.

On confirme la règle que si l'individu intoxiqué ne succombe pas pendant le premier jour, alors il est sauvé.

On ajoute au tableau symptomatique un nouveau symptôme: l'anartrie, qui est le signe le plus grave dans ces intoxications, après lequel suit le coma et la mort.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen im Zusammenhang mit fünf Fällen schwerer Unfall-Vergiftungen bei Kindern mit Hyosclamus Niger

Unfallvergiftungen mit Hyosclamus Niger bei Kindern nehmen immer einen schweren Verlauf, wie dies aus den fünf Fällen des Verfassers hervorgeht.

Die Diagnose derselben wurde automatisch auf Grund der seitens der Eltern der Kranken gegebenen Anamnese und auf Grund des typischen klinischen Bildes gestellt.

Die Sterblichkeit bei diesen schweren Vergiftungen beträgt 40%.

Es wird die Regel bestätigt, dass der Kranke, wenn er nicht den ersten Tag stirbt, auch nachher nicht stirbt.

Zum symptomatischen Bild kommt ein neues Symptom hinzu: Anartrie, als das entwickeltste Zeichen in solchen schweren Vergiftungen, wonach Koma und der Tod eintritt.

Procedeu de ligamentopexie uterină

de

Dr. V. Moșoiu, medic secundar

În serviciul Gineco-Obstetrical al Spitalului Gh. Mărzescu Brașov, se practică de câțiva ani un procedeu de ligamentopexie uterină prin includerea ligamentelor rotunde într-o butonieră creată în teaca dreptilor ab-

dominali, procedeu pe care nu l'am găsit descris și nu l'am văzut practicat în altă parte.

Fără a micșora valoarea celorlalte procedee similare și fără pretențiunea de a-l recomanda ca superior,

Un antidiareic politrop în lot de măsuri medikamentose multiple



Proprietatea de absorbție și puterea de desinfecție a combinațiilor de cărbune, tanin sau medicamentelor similare, administrate per os sau rectal, se epuizează prea curând. „Aplona”, lipsită de inconvenientele mărului crud, întrunește însușirile unui medicament specific, cu acelea ale unui agent dietetic natural.

Ambalaj original: borcan de sticlă 100 g.

Aplona

dieteticul medicamentos

dă consistență scaunului — desintoxică — regularizează peristaltismul intestinal.



„Rhenania” Pharmazeut. Abteilung der Kali-Chemie Aktiengesellschaft

Depozitari pentru România: Pharmag S.A. Brașov, Strada Regina Maria, 18.

CALCIRON TRENKA

Guajacol - Calciu - Sirop de Malt

Gust foarte plăcut. Îl iau cu plăcere și copiii mici.

Ambalaje originale de 100 și 300 gr.

Ambalajul de 300 gr. costă cât 2 de 100 gr.

EUCARBON TRENKA

Ambalaj original de 40 și 100 Tablete.

— Unul dintre cele mai probate și eficace produse germane —

REPREZENTANT:

Mr. G. HIETSCH, Sibiu - Strada Gh. Coșbuc Nr. 15

Laborator chimico-farmaceutic

B R O M O T E R A P I E

EPIBROL Dr. Wander

simplu și efervescent

1 tabletă conține 1 gr. Polibromură

1—2 tablete dizolvate în 1/2 pahar cu apă după mesele principale.

TRATAMENTUL RAȚIONAL ÎN HIPERTENSIUNE

HYPONITIN Dr. Wander

Drageuri

Bromcalciumtheosan
Acid feniletilbarbituric
Rodanat de Sodiu
Chinină sulfurică

Hipotensiv și calmant

În Migrenă

Nevralgii

Dureri reumatice

KARIL Dr. Wander

Tablete

Acțiune promptă

Nu conține narcotice

**Nu produce obișnuință și
efecte secundare neplăcute**

Fără reclamă la public

Mostre și literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A. - Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

București VI — Strada Cazărmei Nr. 89

găsesc oportun a reda pe scurt tehnica lui având în vedere numărul de cazuri operate și bunele rezultate obținute. Procedul este imaginat și practicat de Dr. Valer Negrilă medicul primar al serviciului.

Iată pe scurt tehnica lui (asemănătoare de altfel procedului Doleris).

Se deschide abdomenul prin incizie mediană sub-ombilicală. După tratarea sângerândă a eventualelor lezuni anexiale coexistente, se încarcă printr-o ansă de catgut fiecare ligament rotund, ansa fiind trecută prin transfixia arpioarelor anterioare la unirea 1/3 interne cu cele 2/3 externe a ligamentului rotund.

Se clivează apoi masa musculară a dreptilor de pe aponevroză, ale cărei buze rezultate din incizia liniei albe se fixează prin două pense Kocher, ținându-se întinse întâi într-o parte și apoi în cealaltă de ajutor și în același timp ridicându-se în sus se îndepărtează de linia mediană. Clivarea se face fie cu un instrument bont, fie cu degetul. Ajungând prin clivare la marginea externă a dreptilor se îndepărtează stratul cutaneo gras aponevrotic printr'un ecartor dințat în afară în așa fel că aponevroza la marginea externă a dreptilor formează o plică (timp important). Din această plică se confecționează un lambou ovalar pendiculat cu vârful liber în sus și baza în jos, cam la mijlocul distanței ombilico-publene, lambou ce se prinde într'un Kocher. La acest nivel se intră apoi prin transfixia peretelui cu o pensă în cavitatea abdominală și prinzând firul ce încarcă ligamentul rotund din partea respectivă, se aduce în afară în spațiul de clivaj și se încredințează ajutorului. Operatorul cu o pensă închisă trece prin punctul marcat de firul de catgut în arpioara ligamentului rotund (prin transfixie), deschide pensa și încarcă în ea lamboul aponevrotic creat pe care îl scoate prin punctul de transfixie în așa fel că acum ligamentul rotund călărește pe arcada formată de lamboul aponevrotic. Se reface continuitatea aponevrozel suturându-se prin câteva fire întrerupte lamboul aponevrotic la pat. Se procedează la fel în partea opusă și se termină operația prin închiderea peretelui abdominal în trei straturi. În mâinile unui chirurg obișnuit cu acest procedeu operația este de scurtă durată, netraumatizantă, iar mersul postoperator fără complicații. N'am observat nici una din complicațiile care ar putea surveni în urma traumatizării chirurgicale a peretelui la acest nivel; hematom punct herniar dureros etc. Mobilitatea ligamentelor rotunde este mai mare ca în procedul Doleris deoarece acestea călăresc așa zicând ansa aponevrotică creată din teaca dreptilor, deziderat foarte important în sarcină când ligamentele rotunde sunt forțate să urmeze ascensiunea gravidică a uterului. În procedul Doleris ligamentele rotunde sunt suture întinse la aponevroza dreptilor, fapt care în sarcină cere ansei proximale a ligamentelor rotunde o

întindere foarte mare, putând jena evoluția normală a uterului gravid în ascensiunea lui spre termen. În procedul nostru această jenă este absentă, deoarece modul de pexle prin călărire permite ligamentului rotund un joc destul de marcat în inelul aponevrotic. Personal am urmărit multe cazuri cărora li s'a făcut de noi ligamentopexie prin acest procedeu pentru retrodeviații uterine și care au venit apoi în serviciu cu sarcini la termen, afirmând că au suportat sarcina fără nici un inconvenient. Procedul nostru realizează o bună și durabilă statică uterină. Consecința acestei bune redresări chirurgicale este dispariția turburărilor circulatorii pelviene și a întregului cortegiu de tulburări funcționale consecutive.

Prin ușoara ascensiune pe care l-o realizează uterul și mobilitatea fiziologică pe care l-o permite, reglementează circulația pelviană îndepărtând staza venoasă, iar în retrodeviațiile asociate cu prolaps, singur sau asociat cu colpoperineorafie și miorafia ridicărilor anali, asigură o mai bună statică a planșeului pelvian. De sigur nu ne putem aștepta ca un ligament rotund atrofic, slab, reprezentat abia printr'o plicatură peritoneală și puțin țesut conjunctiv, să poată realiza aceste condițiuni. Când însă ligamentul rotund este normal dezvoltat procedul nostru asigură crearea acestor condițiuni, deoarece este scos la peretele abdominal mai lateral ca în procedul Doleris.

Cred că nomenclatura mai potrivită a acestui procedeu ar fi ligamento-suspensiunea aponevrotică a uterului.

Dau mai jos o statistică a cazurilor operate:

Din totalul de 94 ligamento-suspensiuni, 30 au fost făcute pentru retroversi sau flexii simple (mobile), 8 pentru retrodeviații mobile asociate cu apendicite, 4 pentru retrodeviații cu dismenoree, menoragii, sterilitate, 16 pentru retrodeviații asociate cu prolaps, iar 36 pentru retrodeviații fixe (complicate cu lezuni cronice inflamatorii perituterine anexiale și apendicite).

SPITALUL G. MĂRZESCU BRAȘOV
SERVICIUL GINECOLOGIC ȘI OBSTETRIC
Medic Primar: Dr. Valer Negrilă

RESUMÉ

Le procédé de la ligamentopexie utérine

On décrit un procédé de ligamentopexie utérine par inclusion des ligaments ronds dans une boutonnière créée dans la gaine des muscles droits de l'abdomen. D'après ce procédé on a exécuté 94 opérations dans le service de gynécologie et d'obstétrique de Brașov: 30 dans des rétroversions ou flexions simples (mobiles), 8 dans des rétro-déviationes mobiles associées à l'appendicite, 4 dans des rétro-déviationes associées au prolapsus, 36 dans des rétro-déviationes fixées.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Verfahren der uterinen Ligamentopexie

Es wird ein Verfahren von uteriner Ligamentopexie durch einschliessen der runden Ligamente in die Scheide der M. rect. abdom. Nach diesen Verfahren wurden 94 Operationen auf der gynäkologisch-obstetrikalen Abteilung des

Krankenhauses Braşov, durchgeführt u. zw. 30 wegen ein-facher, mobiler, Retroversio flexio uteri, 8 wegen mobiler Retroversio verbunden mit Appendicitis, 4 Retroversio mit Dismenoree, Menorrhagie, Sterilität, 16 Retroversio in Verbindung mit Prolaps und 36 mit fixer Retroversio kompliziert mit chronischen periutero-anextalen Entzündungen und Appendicitis.

Consideraţiuni asupra complicaţiilor pulmonare în scarlatină

Conf. Dr. Ion Gavrilă

de

şi

Dr. Petre Bobancu

În ultimii 10 ani de activitate la Cluj am avut ocazul să observăm o serie de cazuri de complicaţii pulmonare survenite în cursul scarlatinei. Credem că nu este lipsit de interes din punct de vedere ştiinţific şi practic de a face o analiză mai amănunţită a acestor cazuri, mai ales că atât literatura românească, cât şi literatura străină se ocupă foarte puţin de această problemă.

Am observat în acest timp un număr total de 36 de cazuri cu complicaţii pulmonare, care se repartizează după cum urmează:

1. Pleurezii sero-citrinoase 5 cazuri. 2. Empiemi pleurale 10 cazuri. 3. Congestii pulmonare 10 cazuri. 4. Pneumonii 6 cazuri. 5. Bronhopneumonii 5 cazuri.

În literatura germană nu se face distincţie între congestii pulmonare şi pneumonii, tratându-se toate sub numele de pneumonii.

Două din observaţii prezintă simultan afecţiuni duble. Astfel un caz prezintă simultan cu o bronhopneumonie un empiem, iar alt caz simultan cu un empiem prezintă şi o pneumonie.

I. Pleurezii sero-citrinoase. Dispunem de 5 observaţii.

E vorba de o complicaţie care în toate cazurile noastre a apărut în săptămâna III-a de boală.

Afecţiunea nu pare să aibă vreo legătură cu starea constituţională. La fel sexul nu se arată a fi un factor hotărâtor.

Vârsta apariţiei în cazurile noastre este cuprinsă între 3—8 ani dispunându-se câte un caz de fiecare vârstă după cum urmează: 3—4—5—7—8 ani.

Debutul afecţiunii e marcat de o ascensiune febrilă până în jurul lui 38°. În zilele următoare se observă dimineata afebrilităţi sau subfebrilităţi, iar după masa ascensiunii termice până la 38°—38,5°.

Simptomatologia nu diferă de a pleurezilor sero-citrino obişnuite.

Diagnosticul se face clinic şi radiologic.

Punctia exploratoare ne confirmă diagnosticul, iar din lichid în 4 din cazurile noastre s-au evidenţiat pneumococi, iar din 1 caz s'a pus în evidenţă streptococul hemolitic. Acest caz a evoluat ulterior în empiem pleural.

Prognosticul e bun, în trel până în patru săptămâni de obicei colecţia s'a rezorbt, iar semnele stet-acustice lichidiene au dispărut. Un singur caz a evoluat fatal. Faptul că prezenta simultan şi o nefrită foarte gravă ne face să bănuim că moartea s'ar fi datorită nefritel întru cât pleurezia se ameliorase deja mult.

Tratamentul e comun cu al oricărei pleurezii sero-citrino.

II. Empiemul pleural. Din totalul de 36 cazuri îl revin 10 cazuri. Face parte de obicei din complicaţiile tardive ale scarlatinei apărând după a 15-a zi de boală, mai exact între zilele 18—22. Un singur caz din cele 10 studiate apare târziu de tot în plină convalescenţă, în săpt. V.

În toate cazurile studiate indivizii sunt de o constituţie deblă, deblitate care în momentul debutului complicaţiei a atins maximul.

În ceea ce priveşte vârsta apare mai frecvent peste 7 ani şi anume între 7 şi 16 ani. În 2 cazuri apare sub vârsta de 7 ani şi anume unul la 6 ani şi altul la 2½ ani.

În ce priveşte sexul 6 sunt de sex masculin şi 4 feminine.

Se pare că anumite epidemii din anumiţi ani au dat de preferinţă acest fel de complicaţii. Astfel în Cluj epidemiile din 1935 şi 1936 ne-au furnizat majoritatea absolută a empiemelor (8 cazuri din totalul de 10).

Debut: brusc, cu temperatura înaltă atingând 39°—40°, stare generală alterată, frisoane, stare septică. Bolnavii acuză dureri în hemitoracele respectiv şi jenă respiratorie.

Simptomele sunt acelea ale oricărui empiem. Obiectiv ne va impresiona uneori bombarea excesivă a hemitoracelui respectiv, matitatea dură, lemnoasă și silențul respirator. Dispneea este proporțională cu mărimea colecției. Febra care în primele 2—3 zile se menține ridicată la ulterior aspectul febrei septice, iar întreg tabloul clinic este cel al unei septicemii.

Diagnosticul se face pe baza anamnezei, semnelor subiective, obiective și a rezultatelor de laborator.

Important este stabilirea unui diagnostic etiologic. Acesta va rezulta din confruntarea tuturor datelor.

Subiectiv bolnavii acuză durere în torace, dispnee, tuse, precum și o stare generală alterată. Inapetența este constantă și rebelă.

Obiectiv avem bombarea hemitoracelui respectiv la nivelul colecției, întârzierea respiratorie, matitatea absolută cu silențul respirator, febră, stare septică. Puncția exploratoare dă un puroi gros, de culoare verzue, foarte fetid.

Laborator: leucocitoză de 9—13.000.

Examenul bacteriologic făcut ne-a arătat în 9 cazuri prezența streptococului hemolitic, iar 1 caz prezența pneumococului. (Institutul de Igienă).

Prognosticul afecțiunii e serios. El este în funcție de constituția bolnavului și de instituirea tratamentului precoce. Vârsta are o deosebită importanță. Am putea spune că prognosticul e cu atât mai grav cu cât vârsta e mai tânără. Astfel în cazurile noastre avem 3 cazuri mortale: 2 la vârsta de 7 ani și unul la vârsta de 2½ ani. Peste vârsta de 7 ani în numărul nostru mic de cazuri nu avem niciunul mortal.

Cazurile nenorocite vor evolua și vor sfârși cu tabloul clinic al unei septicemii. Majoritatea cazurilor se vor vindeca în urma tratamentului instituit (în 6 cazuri din 10), iar foarte puține se vor vindeca spontan în urma rezorbției colecției (1 caz din 10).

Tratamentul. Contra dispneei vom face puncții evacuatorii. Cu această ocazie se observă în toate cazurile noastre de empiem post-scarlatinos tendința de refacere foarte rapidă a colecției. Va fi necesar să facem puncții la fiecare 48 ore evacuând de fiecare dată 5—600 centimetri cubi. Această practică emaciază însă bolnavul în mod excesiv.

În același timp vom susține cordul cu cardiotonicele obișnuite. Expectorantele și în deosebi calmantele tusei se aplică cu scopul de a obține un repaus respirator. După puncții vom introduce în cavitatea pleurală soluții de albastru de metilen 1% sau vom face spălături cu ser fiziologic, dar mai bine cu soluțiuni de sulfamide.

O mențiune specială merită chimioterapia care azi se afirmă din ce în ce mai mult și cu rezultate tot mai promițătoare. Vom aminti pe scurt agenții chimioterapici mai utilizați.

Sulfonamide roșii: Prontosil, Rublazol, Sulfazol.

Sulfamide albe: Dagenan, Septazină, Eubastnum, Albucid, Uliron, Gombardol, Ambesid, Eleudron etc.

În lupta contra streptococilor vom utiliza cu predilecție sulfamidele roșii: Rublazol, Prontosil, Sulfazol.

Tot în acest scop antiseptic se utilizează sărurile metalelor grele în forma coloidală: Electrargol, Electrargosol.

Cu toate acestea în tratamentul empiemelor nu vom reuși totdeauna cu aceste metode. În acest caz vom fi nevoiți să recurgem la tratamentul chirurgical care constă din pleurotomie sau în cazuri mai avansate din toracoplastie. Deși mortalitatea operatorie imediată a acestor intervențiuni în sine a scăzut la 4—2%, (M. Grigorescu) mortalitatea generală a empiemelor rămâne de aproximativ 40%.

După intervenție se observă scăderea temperaturii, ameliorări la stărilor generale, revenirea poftelor de mâncare și creșterea consecutivă a greutății bolnavului. Convalescența e lungă durând 2—3 luni.

III. Congestiile pulmonare. Au fost 10 cazuri din 36.

Este complicația care nu respectă niciuna din normele de până acum.

Apare după ziua 10-a de scarlatină putând apare oricând în primele trei săptămâni și mai ales după ziua 21-a.

Nu este legată de severitatea scarlatinei căci survine atât în formele grave cât și în cele ușoare, probabil că numărul real de congestii pulmonare ce survin în cursul scarlatinei este cu mult mai mare decât cel pe care îl cunoaștem noi. Însă majoritatea cazurilor trece neobservată.

Scarlatinele cu o evoluție prelungită dau mai frecvent congestii pulmonare (7 cazuri din 10 sunt forme care au evoluat lung) căci deși pot apare începând cu ziua 10-a (două cazuri din zece) sunt mai frecvente în săptămâna 3—4-a.

Starea constituțională pare a nu avea nicio importanță.

Fără de vârstă congestiile pulmonare se comportă foarte capricios. Am observat un bolnav de 18 luni și altul de 35 ani, ambii cu congestie pulmonară survenită în cadrul unei scarlatine. Între aceste două vârste extreme congestiile pulmonare pot surveni oricând.

Sexul nu pare a avea vreo importanță.

Debutul afecțiunii e cel obișnuit al congestiilor pulmonare adică ascensiune de temperatură, tuse și uneori junghi.

Simptome: Temperatura de obicei nu depășește 38° (în 2 cazuri din 10 a atins 39°).

Subiectiv de cele mai multe ori bolnavii n-au nicio acuză, rareori junghiu (în 3 cazuri). Tusea la început

seacă este urmată mai târziu de o expectorație necaracteristică

Diagnosticul se face numai clinic ținând seamă de ascensiunea termică, eventualul junghiu și simptomatologia stetacustică foarte labilă, modificându-se uneori din oră în oră.

Prognosticul e bun. Toate cazurile noastre s'au vindecat.

Tratamentul va consta în aerafie, expectorante cardiotonice și chimioterapie.

IV. *Pneumoniile*. Le revin 6 cazuri din 36.

E o complicație tardivă care apare de predilecție între zilele 18—22. Avem astfel 5 cazuri, iar precoce s'a prezentat într'un singur caz.

Starea constituțională nu pare a avea vreo importanță.

În ceea ce privește sexul 6 cazuri au survenit la sexul masculin, iar 2 cazuri la sexul feminin.

Vârsta de predilecție pare a fi cea dela 3—4 ani în sus până la vârsta de 12 ani. În 2 cazuri apare la 4 ani, un caz la 8 ani, 2 cazuri la 9 ani și un caz la 11 ani.

Debutul afecțiunii de obicei e mascat de simptomatologia scarlatinei, totuși se va observa o ascensiune febrilă bruscă staționară pe câteva zile.

Simptome: subiectiv bolnavul va acuza junghiu și dispnee, iar obiectiv vom avea toată simptomatologia clasică a oricărei pneumonii.

Diagnosticul se face clinic și eventual radiologic.

Prin hemocultură și culturi făcute din spută, în 2 cazuri s'au putut pune în evidență streptococi.

Iar în restul de cazuri s'au putut pune în evidență pneumococi.

Prognosticul e relativ benign. Un singur caz mortal la vârsta de 4 ani în ziua 6-a, iar restul cazurilor s'au vindecat. Criza însă se produce de obicei mai târziu decât în pneumoniile normale. În 4 din 6 cazuri criza s'a produs în ziua 13-a de boală, iar 2 dintre cazuri au făcut pneumonii în repetiție (1 caz a făcut 3, iar al 2-lea a făcut 5 stări pneumonice).

Tratament: aerafie, expectorante, cardiotonice, chimioterapie cu sulfamide albe.

V. *Bronhopneumoniile*. În observațiile noastre avem 5 cazuri din totalul de 36 de cazuri de complicații pulmonare survenite în cursul scarlatinei.

Bronhopneumonia face parte tot din cadrul complicațiilor tardive însă de obicei nu apare între zilele 18—21 ci mai de vreme, între zilele 10—15.

Starea constituțională pare a nu avea nicio importanță pentru că în cazurile noastre bolnavii erau normal dezvoltați pentru vârsta lor. Pare un fapt paradoxal că e știut că bronhopneumonia este o boală care se greșează pe un organism mult debilitat.

Vârsta de predilecție din observațiile noastre reiese că ar fi cea până la 7 ani.

S'a observat bronhopneumonia mai ales în formele grave, toxice ale scarlatinei. Se pare că e vorba de o boală intercurrentă ce se greșează pe un organism devenit receptiv în urma scarlatinei. Afecțiunea nu pare a fi datorită streptococului hemolitic căci acesta nu poate fi evidențiat prin nicio metodă. Ea s'ar datorii microbilor banali, catarali, pneumobacilului lui Friedländer și cocobacilului lui Pfeiffer. Deci agentul patogen al scarlatinei nu ar cauza bronhopneumonia ci doar ar pregăti terenul.

Debutul e brusc cu ascensiune febrilă, tuse și dispnee.

Simptome: febra poate atinge uneori valori ridicate. Bolnavii devin agitați, suferă de insomnii, uneori prezintă semne de iritație meningeală (un caz din 5 având vârsta din 5 ani). Cazurile mai grave prezintă cianoză a feței și mai ales a extremităților (2 cazuri din 5) semn de prost augur căci trădează un proces asfictic pronunțat.

Asupra plămânilor obținem submatități cu respirație suficientă, uneori chiar suflu tubar, raluri bronșice și subcrepitante diseminate. Caracteristic pentru bronhopneumoniile care survin în scarlatină e faptul că focarele apar de obicei la bază (4 cazuri din 5) și nu sunt mobile ca în celelalte bronhopneumonii.

Prognosticul afecțiunii este destul de serios. Vom și întotdeauna rezervați, iar cianoza, dispneea și stările de colaps vor întuneca și mai mult un prognostic destul de sever și altfel. Vârsta pare a agrava prognosticul. Singurul nostru caz letal avea 2½ ani.

Tratament: Bolnavul va sta într-o cameră cu vaste posibilități de aerafie.

Vom face împachetări și vom aplica revulsive.

Toată atenția ne va fi îndreptată asupra cordului. Vom da în consecință analepticele cardio-respiratorii (camforul și succedanell) pe urmă cardiotonicele. Expectorantele și sedativele tusei vor fi riguros aplicate.

Cuvânt hotărâtor are însă chimioterapia cu sulfamide albe. Vom da Dagenan, Eleudron, Eubasnum, Albucid, etc. în doze forte timp de mai multe zile. Cu aceste medicamente aplicate de noi numai în 2 cazuri am obținut la ambele amendarea tuturor simptomelor în trei și respectiv patru zile.

Valoarea seroterapiei specifice în scarlatină și în complicațiile ei. Din experiența noastră rezultă că seroterapia antiscarlatinoasă (ser antiscarlatinos antistreptococic, ser de convalescent) aplicată precoce și în doze suficiente are un efect foarte bun în scarlatină, în special în formele toxice de boală. Însă în ceea ce privește prevenirea complicațiilor sau în tratamentul propriu zis al complicațiilor seroterapia are un efect foarte redus sau de loc.

Instituind o seroterapie precoce și în doze suficiente vom grăbi și ușura evoluția scarlatinei. Serul n'ar avea deci valoare terapeutică în complicații.

Concluziuni :

În cursul scarlatinei se prezintă complicațiuni foarte diverse între care, complicațiunile pulmonare se întâlnesc cu o frecvență nu prea mare.

În secția de Boli Infecțioase a Clinicii Medicale și în Spitalul Epidemic din Cluj s'au observat în curs de 10 ani 36 de complicații pulmonare.

Aceste complicații pulmonare se repartizează astfel :

- a) Pleurezii sero-citrine 5 cazuri
- b) Emplume pleurale 10 "
- c) Congestii pulmonare 10 "
- d) Pneumonii 6 "
- e) Bronhopneumonii 5 "

Emplumele reprezintă complicația cea mai gravă dintre complicațiile pulmonare. Mortalitatea este de aproximativ 40%. Ele sunt cauzate de obicei de streptococi hemolitici. Tratamentul conservativ prin puncții și chimioterapie de obicei nu dă rezultate eficace. În astfel de cazuri tratamentul eficace rămâne intervenția chirurgicală.

SECȚIA DE BOLI INFECȚIOASE A CLINICEI MEDICALE I
DIN CLUJ

Director: Prof. Dr. I. Hațieganu

SPITALUL EPIDEMIC DIN CLUJ

Medic primar: Conf. Dr. I. Gavrila

RESUMÉ

Considérations sur les complications pulmonaires dans la scarlatine

Dans la scarlatine il survient des complications diverses dont les complications pulmonaires sont assez rares.

Dans la section de maladies infectieuses de la Cliniques Médicales de Cluj et dans l'hôpital épidémique de Cluj on a observé pendant 10 ans 36 cas de complications pulmonaires.

Ces complications sont réparties comme il suit :

- a) Pleuresies séro-citrines 5 cas
- b) Empyèmes pleuraux 10 "
- c) Congestions pulmonaires 10 "
- d) Pneumonies 6 "
- e) Bronchopneumonies 5 "

L'empyème représente la plus grave complication pulmonaire. La mortalité est approx. 40%. Il est produit habituellement par des streptocoques hémolytiques. Le traitement conservatif par des ponctions et par la chimiothérapie habituellement ne donne pas des résultats efficaces. Dans ces cas l'intervention chirurgicale reste le seul traitement.

ZUSAMMENFASSUNG

Lungenkomplikationen bei Scharlach

Bei Scharlach treten sehr verschiedene Komplikationen auf, zwischen welchen Lungenkomplikationen nicht sehr häufig sind.

Auf der Abteilung für infektiöse Krankheiten der Internen Klinik und dem Epidemischen Spital in Cluj wurden während 10 Jahren 36 Fälle mit Lungenkomplikationen beobachtet.

Diese Komplikationen werden wie folgt eingeteilt :

- a) Rippenfellentzündung 5 Fälle
- b) Lungen-Empyem 10 "
- c) Lungen-Congestion 10 "
- d) Pneumonie 6 "
- e) Bronchopneumonie 5 "

Die Empyeme sind die schwersten der Lungenkomplikationen. Die Mortalität beträgt ca 40%. Sie sind meistens durch hämolytische Streptokokken hervorgerufen. Die konservative Behandlung durch Punktionen und Chemiotherapie gibt für gewöhnlich unzureichende Resultate. In solchen Fällen bleibt als wirksame Behandlung nur der chirurgische Eingriff übrig.

Probleme terapeutice

Xerosterinul în tratamentul fracturilor și plăgilor atone la răniții de război

de

Dr. Vasile Tachel

Asistent al Clinicii Chirurgicale și Ortopedice

Factorii multipli contribuie în timpul campaniei la diminuarea rezistenței organismului și implicit la creșterea receptivității acestuia față de diversele infecțiuni.

Printre acești factori, privațiunile de alimente proaspete, la care se adaugă oboseala fizică și continua

încordare nervoasă, duc organismul la epulzare, având drept consecință o întârziere în vindecarea plăgilor și o predispoziție la complicații. Am putea spune că nicăieri terenul ca factor etiologic, nu joacă un rol mai important ca în evoluția plăgilor de război sau afecțiunilor căpătate în zona de luptă.

Este firesc ca toată atenția medicului să se concentreze în primul rând asupra tratamentului local, căutând ca prin curățirea mecanică a plăgii, antiseptizarea ei, imobilizarea unei fracturi sau extragerea unui corp străin să se redea rănitului cât mai complet posibil funcțiunile sale normale. Dacă unul dintre acești răniți se vindecă ulmitor de bine și rapid aceasta se datorește și calităților superioare ale țesuturilor organismului, a unei stofe bune, cum se spune în limbajul medical.

Sunt însă în unele cazuri răniți cașectici cărora cu tot regimul alimentar bogat și cu tot tratamentul local bine condus, organismul lor nu reacționează. Deseori observăm în spitale la o lună, două luni după internarea bolnavilor, plăgi atone fără tendință la vindecare, consolidări tardive ale fracturilor, stări de infecțiuni cronice etc....

Asupra acestor cazuri ne-am îndreptat atenția căutând a stimula organismul, mărindu-i rezistența prin administrarea de vitamine.

În spitalul Z. I. 305 cu aprobarea D-lui Prof. Iacobovici, comandantul spitalului, am administrat în câteva cazuri cari prezentau caracterele de mai sus, Xerosterinul produs din asocierea vitaminelor A. și D.

Am ales un grup de răniți repartizați astfel:

4 răniți cu fracturi multfragmentare cu tendință greoaie la consolidare, cu plăgi deschise supurate, toți puși în aparate gipsate.

2 răniți cu fracturi supracondilene și plăgi profunde ale articulației genunchiului.

3 răniți foarte cașectizați cu numeroase plăgi și decubitusuri fesiere, sacrate, dorsale, plăgi atone fără tendință la cicatrizare.

1 rănit cu plăgi atone la nivelul șoldului drept și stare septicemică.

La toți aceștia am administrat per os Xerosterinul câte 5 tablete pe zi timp de 10 zile. După o pauză de cinci zile am dat aceeași doză timp de 10 zile. Xero-

sterinul conține pentru una tabletă 3000 U Internaționale Vitamina A. și 1000 U. Intern. Vitamina D.

Printre proprietățile vitaminei A. reamintim rolul ce-l joacă în apărarea contra infecțiilor, mai ales acelor cu localizare la nivelul pielii și mucoaselor; apoi ca adjuvant în cura de îngrijire, favorizând depunerea de grăsimi în țesuturi. Vitamina D. prezintă pe lângă alte proprietăți, calitatea de a menține normal metabolismul mineral al organismului cu deosebit rolul preponderant ce-l are asupra metabolismului Calciului, ajutând la formarea calusului în fracturi și scurtând durata consolidării fracturei. Totodată Vitamina D. activează asupra stărilor anemice, stimulând hematopoeza.

După May Mellouby vitamina A. activează acțiunea vitaminei D. în ceea ce privește depunerea calciului. Am observat după administrarea Xerosterinului la răniți cu fracturi o accelerare în formarea calusului, controlat radiosopic și clinic, scurtând până la un punct durata consolidării fracturii.

Într'un singur caz calusul a rămas fibros ducând la pseudoartroză.

De notat că acest bolnav avea o fractură cu pierdere mare de substanță însoțită de supurație abundentă. La răniți cu plăgi atone am observat o tendință accentuată la cicatrizare prin diminuarea supurațiilor și granulațiunea suprafețelor plăgilor, până atunci complet lipsite de vitalitate.

Ca stimulent general al organismului și ca factor antianemic, Xerosterinul a dat rezultate cât se poate de bune, favorizând depunerea de grăsimi în țesuturi, colorarea tegumentelor și mărirea apetitului.

De altfel acest preparat conține de 250 ori mai multă vitamină D. și de 60 ori mai multă vitamină A., decât cantitatea corespunzătoare dintr-o Untură de Pește de calitate superioară.

Nu am remarcat nicio turburare în tot timpul administrării Xerosterinului, fiind un preparat tolerat de organism.

Medicină preventivă

Principii generale pentru organizarea combaterii tuberculozei în România

de

Conf. Dr. L. Daniello

1. Frecvența tuberculozei în România și necesitatea combaterii ei imediate

La prima vedere o discuțiune asupra combaterii tuberculozei ar putea să pară inoportună în momentul de față, când toate preocupările noastre trebuiesc sub-

ordonate marilor interese ce derivă din conducerea războiului. Dacă cercetăm mai de aproape lucrurile, ne putem însă convinge că lupta antituberculoasă servește în primul rând și în cea mai mare măsură apărării naționale, căci țara noastră pierde anual din cauza infec-

țunul tuberculoase aproximativ 30.000 de oameni, dintre care cel mai mulți în vârstă când ar trebui să-și satisfacă obligațiile serviciului militar, și este silită să întrețină un număr de aproximativ 150.000–200.000 de bolnavi, total sau parțial incapabili de muncă, din cauza aceluiași boale. Combaterea tuberculozelor este deci pentru România nu numai o problemă de ordin medical ci în același timp și de ordin politic și național, soluționarea ei necesitând un efort financiar și organizator aproape tot atât de important ca și cel reclamat de un război. Energia și fondurile cheltuite pentru exterminarea tuberculozelor constituie însă o investiție dintre cele mai rentabile dacă avem în vedere ce profit imens ar rezulta de pe urma ei pentru neamul nostru a cărui putință de afirmare atât în război cât și în concurența pașnică dintre popoare este în funcție înainte de toate de sănătatea sa.

Gravitatea problemei tuberculozelor în țara noastră rezultă clar și din cifrele statisticilor europene privitoare la această boală. Având o mortalitate tuberculoasă de 172,4 la 100.000 de locuitori, România se clasează printre cele mai tuberculizate țări de pe continent. În Germania cifra mortalității este de 64 (1940), în Italia de 88, în Ungaria de 142, iar în Bulgaria de 172 la 100.000 locuitori. În Polonia a fost de 197, iar în Cehoslovacia de 161. În toate țările citate, afară de Polonia, mortalitatea de tuberculoză a prezentat în ultimii ani o scădere progresivă, pe câtă vreme în România această tendință la scădere nu numai că nu există ci dimpotrivă mortalitatea în ultimii ani crește. Nu încăpe nicio îndoielă că în cursul acestor ani de criză ea va suferi o însemnată recrudescență căci în cursul războiului mondial s'a putut vedea că ea nu este în funcție numai de factori epidemiologici, ci și de consecințele directe ale crizei: alimentație insuficientă, eforturi fizice mari, mizerie, griji, etc.

Trebue să mai avem în vedere că structura socială a țării noastre cu caracterul ei eminent agricol precum și faza de industrializare recentă prin care trec unele regiuni sunt factori care pe de o parte favorizează răspândirea infecțiilor, pe de altă parte îngreulează combaterea aceleia, căci în mediul rural măsurile de profilaxie eficace se aplică mult mai greu decât la orașe.

În ce privește morbiditatea tuberculoasă a populației noastre, ea este mai greu de apreciat, totuși din rezultatele numeroaselor anchete parțiale întreprinse în acest scop în diferite regiuni ale țării se poate constata că este foarte ridicată. Astfel în 5 comune din plasa sanitară model Tomești (Moldova) ea a fost găsită, cu ajutorul examenului radioscopic al populației de 1,79% pentru formele pulmonare evolutive, căreia trebue să i se mai adauge încă 0,38% forme evolutive extrapulmonare, în total deci 2,17% tuberculoză evolutivă (Bălțanu Alexa și colab.). În circumscripția Brănești-Ilfov formele pulmo-

nare evolutive au avut o frecvență de 2,56%. (Nasta Gaspar, Băcanu). În regiunea Siblu morbiditatea în mediul rural a fost găsită de 0,84% (Stolchilă-Popescu). Printre studenții Universității Cluj frecvența formelor evolutive de tuberculoză a variat dela 1930 până la 1940 între 2,45 și 0,85% (Danilă-Bumbăcescu). Dacă am admite pentru toată țara o morbiditate medie de 1%, din totalul populației, ceea ce este cu siguranță o cifră subreală am avea actualmente în țară un număr de 150.000 tuberculoși pulmonari evolutivi și contagioși.

2. Armamentul antituberculos actual

Înainte de a ne ocupa de combaterea tuberculozelor credem că este util să arătăm de ce armament antituberculos dispune în prezent România.

Numărul paturilor rezervate tuberculoșilor este de aproximativ 5000, repartizate astfel:

- în spitalele și sanatoriile de tuberculoză ale Ministerului Sănătății 1000;
 - în secțiile de tuberculoză a spitalelor județene ale Ministerului Sănătății aproximativ 600;
 - în sanatoriile Societății pentru Profilaxia Tuberculozelor 742;
 - în sanatoriile Ligii Naționale contra Tuberculozelor 1500 și
 - în diferite alte sanatorii aproximativ 1000 paturi.
- În construcție se găsesc în prezent aproximativ 1000 de paturi.

Numărul dispensarelor antituberculoase este minimal, o cifră exactă pentru moment nu putem da, neavând datele necesare la dispoziție. Există de asemenea și câteva preventorii.

Din 1926 avem o excelentă lege a tuberculozelor. Măsurile prevăzute în ea n'au fost însă niciodată aplicate din lipsă de mijloace materiale. Din anul 1937 militarii activi și funcționarii publici beneficiază, dacă se îmbolnăvesc de tuberculoză, de un concediu de 3 ani cu leafa întreagă și de încă 2 ani cu leafa de jumătate.

Organizații constituite în vederea combaterii tuberculozelor, în afară de activitatea oficială a Ministerului Sănătății sunt:

- Liga Națională contra Tuberculozelor;
- Societatea pentru Profilaxia Tuberculozei;
- Societatea pentru combaterea tuberculozelor infantile;
- Societatea pentru izolarea tuberculoșilor;
- Casa Asigurărilor Sociale și Căile Ferate Române posed organizații proprii antituberculoase.

3. Organizarea combaterii tuberculozei

Orice încercare de combatere a tuberculozelor în mediul social are sorți de izbândă numai dacă reușește să îndeplinească următoarele condițiuni esențiale:

a) să descopere tuberculoșii răspândiți în sânul populației cât mai precoce după ce s'au îmbolnăvit, adică înainte de ce ar fi devenit incurabili sau de a-și fi contaminat familia;

b) să supravegheze permanent bolnavii de tuberculoză, din momentul descoperirii, acordându-le ori de câte ori este necesar (adeseori în mod permanent) asistență medicală și socială;

c) să ferească de contagium persoanele sănătoase din anturajul tuberculosului prin izolarea acestuia sau prin alte măsuri potrivite;

d) să acorde asistență socială și materială familiilor a căror existență este amenințată din cauza incapacității de muncă a unui tuberculos.

Trebue să accentuăm aici că în urma unei experiențe de peste 5 decenți, acumulată în diferitele țări de pe glob în materie de profilaxie antituberculoasă s'a creiat în fine un sistem de muncă care permite realizarea tuturor dezideratelor enunțate mai sus. Acest sistem este destul de complex și necesită funcționarea simultană și coordonată a mai multor tipuri de instituții și activități medico-sociale după o tehnică minuțios precizată. În schimb el este eficient și asigură atingerea scopului final urmărit: reducerea mortalității și morbidității tuberculoase în așa măsură, încât această boală să nu mai constituie o plagă socială și o primejdie pentru viitorul națiunii.

Organizarea campaniei antituberculoase în România trebuie să profite de experiența scump plătită de țările care au încercat cu mult înaintea noastră să combată tuberculoza. Ar fi o inadmisibilă eroare dacă n'am adopta metodele care și-au făcut proba eficacității și am întreprinde pe cont propriu noi experiențe pe cât de costisitoare pe atât de nesigure în rezultatele lor. Se înțelege însă de la sine că în aplicarea practică a singuraticelor măsuri va trebui să ținem seama de realitățile noastre sociale.

a) Depistarea tuberculozei

Grație mijloacelor tehnice de care dispunem, azi se poate formula postulatul unei depistări totale a tuberculozei. Pe baza experienței lui Redeker cu radioscopia în serie și mai târziu prin introducerea radiografiei în serie pe hârtii de format normal, Edwards (New-York) și Helsig în Germania, dar mai ales în urma perfecționării tehnicii radiografiei pe microfilme, prin cercetările lui Abreu, Holfelder și Griesbach, a fost începută în ultimii ani în Germania radiografierea întregii populații și întocmirea unui cadastru radiologic al aceleia.

Nu incăpe niciodată că pentru depistarea totală a tuberculozei, metoda microradiografiei este cea mai potrivită, dacă examinarea se repetă cel puțin

odată pe an. Este de dorit ca această metodă să fie introdusă și în țara noastră.

Pentru ca rezultatele acestei depistări în masă să poată fi utile tuberculoșilor descoperiți și mai ales operelor de combatere socială a tuberculozei este însă neapărat necesar ca această metodă de depistare să se aplice în anumite condițiuni bine definite. Griesbach, care este azi în Germania cel mai bun cunoscător al problemelor în legătură cu profilaxia tuberculozei, atrage cu drept cuvânt atenția asupra faptului că microradiografia este numai un procedeu de triaj destul de grosolan, un fel de sită rară, menită să descopere prin examinări în masă cazurile necunoscute de tuberculoză. Unele forme incipiente ale bolii nu sunt puse în evidență, în alte cazuri metoda ne trezește numai suspiciunea unei leziuni și aproape niciodată nu ne permite un diagnostic clinic exact. De aici rezultă concluzia că în toate cazurile unde pe câșeul microradiografic avem anumite imagini suspecte trebuie să procedăm la un examen amănunțit al bolnavului servindu-ne de metode clinice, radiologice și de laborator, eventual chiar de observația mai îndelungată a lui. Pentru ca să se poată interpreta just atât din punct de vedere medical cât și din acela al măsurilor profilactice indicate, cazurile de tuberculoză descoperite prin microradiografie nu este nevoie numai de un radiolog versat în citirea câșeelor ci și de o instituție medicală capabilă să precizeze diagnosticul cazului și să ia măsurile necesare. Această instituție nu poate fi decât *dispensarul antituberculos*. Acolo unde asemenea dispensarii nu există și acolo unde dispensarele nu au la dispoziție numărul suficient de paturi spitalicești sau sanatoriale pentru tratarea și izolarea tuberculoșilor depistați, metoda microradiografiei nu are decât o extrem de redusă valoare profilactică, deoarece prin stabilirea unei statistici a morbidității tuberculoase încă nu s'a făcut aproape nimic pentru combaterea acestor boli.

Pe de altă parte, pentru ca depistarea tuberculozei să aibă valoare profilactică ea trebuie să fie foarte precoce, iar prin microradiografierea populației la intervale mari (un an și mai mult), numeroase îmbolnăviri vor fi descoperite într-o fază deja avansată. Cazurile incipiente de tuberculoză pot fi mult mai sigur depistate prin anchete și examinări dirijate pe care le întreprinde dispensarul în familiile sau anturajul cazurilor cunoscute de tuberculoză, sau la anumite persoane și colectivități expuse infecțiunii. Tehnica depistării prin dispensar este azi reglată până în cele mai mici detalii și nu este cazul să mai insist aici asupra ei. Ea nu poate fi niciodată înlocuită ci numai completată prin microradiografie.

Din motivele arătate mai sus aplicarea depistărilor în masă, prin microradiografie se face în Germania treptat, pe măsură ce singuraticile regiuni sunt dotate

CAMPANIA ANTISIFILITICĂ

BISMJOCHIN 0.06

suspensie

BI METALIC PE 2 CMG

BISMOLIP 0.05

soluție

BI METALIC PE 1 CMG

HEXABI 0.06

soluție

BI METALIC PE 1 CMG

FABRICA HYGEA CLUJ S.A.R BUCUREȘTI

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE
GHEDEON RICHTER S.
A.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99

În flatulență, meteorism, enterite acute și hiperaciditate

MAGNOCARBON

de trei ori pe zi 1—2 tablete

SYNTHOESTRIN

FIOLE ȘI TABLETE

Preparat oestrogen sintetic cu formula :

4,4' Dipropionil-oxi alfa beta dietil stilben
acțiune identică cu a hormonului folicular

1 fiolă sau 1 tabletă = 1 mgr. substanță, corespunzând efectului a 10.000 unități
internationale hormon folicular cristalizat.

Iodoterapie pe cale parenterală prin

VASOJOD

subcutan, intravenos, intramuscular

Fiole de 2 și 5 cc. conținând
4 respectiv 10 mgr. iod

cu armamentul antituberculos necesar, metoda fiind *interzisă prin lege* în regiunile ce nu posedă acest armament.

Din aceleași motive în programul minimal de realizări imediate în domeniul profilaxiei tuberculozei, înaintat D-lui Ministru al Sănătății, am propus în primul rând înființarea dispensarelor antituberculoase regionale și creșterea unui număr suficient de paturi spitalicești.

Pentru depistarea prin microradiografii propunem să se formeze deocamdată 3 echipe, având fiecare medic propriu și personalul tehnic necesar, activitatea începându-se în regiunile București, Iași și Sibiu, după ce vor fi crelate în fiecare din aceste regiuni condițiunile care să permită o funcționare utilă a echipelor.

Pentru a putea repeta anual examenul microradiografic al populației, germanii au calculat că ar fi nevoie de 3 echipe de examinare la fiecare milion de oameni.

În privința dispensarelor antituberculoase trebuie să mai remarcăm că pentru a putea desfășura o activitate într-adevăr utilă ele trebuie astfel utilizate și conduse ca să funcționeze în spiritul în care au fost crelate de Robert Philip, Malvoz, Calmette sau Pütter, adică să nu se limiteze la rolul unor simple consultațiuni gratuite celor ce vin să le ceară, cum obișnuiesc să facă cele mai multe așa zise dispensare la noi, ci să activeze intens pe teren.

b) *Supravegherea permanentă a tuberculoșilor*

Bacilarul depistat nu mai trebuie pierdut niciun moment de sub controlul medico-social. Instituția menită și capabilă să exercite această supraveghere este tot dispensarul. El întocmește și ține la zi, prin examinări repetate, fișa individuală a tuberculosului, tot el precizează indicația medicală sau socială pentru internare în spital sau sanator și reprimște bolnavul în observația sa după părăsirea acestor instituții de cură sau izolare. Controlul medical al membrilor familiei bacilarului, executarea măsurilor de profilaxie la domiciliul acestuia (dezinfecție, igienă generală), vaccinarea cu B. C. G. a noul-născuților expuși, demersurilor necesare în vederea acordării unei asistențe sociale a familiei, propaganda antituberculoasă, întreținerea ambulantă a pneumotoracelor terapeutice și multe alte obligațiuni mai cad în sarcina dispensarului antituberculos.

În cadrul unui armament antituberculos regional dispensarul este instituția centrală care dirijează și în mare parte execută activitatea profilactică. Din punctul acesta de vedere toate celelalte instituții: spitalele, sanatoriile, preventoriile etc. sunt adnexele dispensarului. De aceea conducerea unei instituții cu atât de mare răspundere trebuie încredințată numai unui fiziolog temeinic pregătit, devotat și dotat cu multă inițiativă.

c) *Instituțiile de cură și izolare pentru tuberculoși*

Fără paturi suficiente pentru tratamentul și izolarea tuberculoșilor o profilaxie eficace nu este posibilă. Exigența optimă în această privință este de a avea un număr de paturi egal cu cifra anuală a morților de tuberculoză. Pentru țara noastră ar fi deci necesare 30.000 de paturi. Cu jumătate din aceste paturi, presupunând că ar fi priceput utilizate s'ar putea deja întreprinde o profilaxie eficace. Pe lângă cele 5000 de paturi existente, ar trebui deci urgent crelate încă 10.000.

Instituțiile spitalicești menite să adăpostească tuberculoși sunt de diferite tipuri, fiecare adresându-se anumitor categorii de bolnavi, și având o funcțiune bine precizată.

Astfel avem:

Centre științifice pentru studiul tuberculozei, de tipul Institutului Forlanini din Roma;

Clinici universitare de tuberculoză, servind studiului, învățământului și precizării diagnosticului sau indicațiilor terapeutice în cazuri dificile, precum și executării intervențiilor terapeutice speciale;

Spitale de tuberculoză menite să interneze și să trateze toate formele boalei;

Sanatorii de tuberculoză rezervate numai cazurilor curabile;

Azile de izolare pentru tuberculoși incurabili sau asociali;

Institute pentru tratamente postsanatoriale și readaptare la muncă (Arbeitstherapie), eventual colonii de tuberculoși după modelul dela Papworth (Anglia).

Case de odihnă și recreație de vară pentru tuberculoșii vindecați care muncesc în cursul anului.

Pentru copii și adolescenți trebuiesc crelate instituții de internare speciale, de asemenea pentru tuberculoza chirurgicală, pentru lupus și pentru tuberculoza oculară.

Pentru nevoile imediate ale organizării noastre antituberculoase nu toate instituțiile enumerate mai sus sunt la fel de importante. Ele se vor înființa deci treptat, în ordinea urgenței.

În primul rând trebuiesc crelate spitale regionale de tuberculoză, atașate de preferință spitalelor județene actuale. Capacitatea lor va trebui să fie de 100—300 de paturi, iar utilajul de așa fel încât să poată aplica toate metodele moderne de tratament afară de marea chirurgie toracică.

Aceste spitale regionale vor interna toate categoriile de tuberculoze deschise deci și formele grave incurabile cu indicație socială de izolare, *rolul lor va fi deci accentuat profilactic*. Ele vor funcționa în cea mai strânsă legătură cu dispensariile regionale, care se vor înființa în aceleași localități cu spitalele și vor avea o conducere comună, medicul șef al dispensarului fiind și conducătorul întregii activități antituberculoase din județ.

Spitalele regionale județene de tuberculoză sunt cel mai potrivit tip de instituție de cură și izolare pentru tuberculoșii proveniți din mediul rural, ele sunt cele mai economice într-un rând o serie întreagă de alte avantaje. Fiecare spital regional va servi numai pentru internarea cazurilor din regiunea respectivă.

Sanatoriile actuale de altitudine mare și mijlocie precum și cele care se vor mai înființa trebuiesc rezervate cazurilor de tuberculoză curabilă prin cură de repaus într-o stațiune climatică și colapsoterapie medicală. Nu trebuie uitat că factorul climatic i se acordă azi un rol mai puțin important decât înainte.

Din punct de vedere economic și medical este preferabil să se grupeze mai multe sanatorii în aceeași localitate climatică, fiecare grup sanatorial deserving o mare regiune a țării. Pentru România 3 sau 4 asemenea centre sanatoriale ar fi suficiente. O parte a paturilor sanatoriale trebuiesc ținute la dispoziția dispensarelor din regiune, internarea bolnavilor făcându-se numai prin acestea, iar o altă parte pot fi acordate bolnavilor cu plată: particulari, asigurați, funcționari etc., pentru ca astfel să se acopere o parte din cheltuielile mari împreunate cu întreținerea și construirea sanatoriilor de altitudine.

Pe lângă fiecare Facultate de medicină (București, Iași, Sibiu) se va înființa o *clinică de tuberculoză* cu cel puțin 200 paturi, căreia îi va fi atașat și *dispensarul studențesc*. Pe lângă rolul didactic, asupra căruia vom reveni aceste clinici vor servi ca centre de diagnostic și pentru cazurile care necesită mijloace tehnice și de personal specializate, ce nu se găsesc la sanatorii și spitale precum și ca centre de tratament pentru tuberculozele care necesită intervenții de mare chirurgie toracică.

Instituții accesorii necesare operei profilactice.

Preventorii pentru copii sănătoși proveniți din familiile de tuberculoși și expuși infecțiunii.

Colonii de vacanță la munte sau la mare pentru copii debili.

Școli în aer liber.

Cantine școlare.

Centre de plasament familiar pentru copii mici (sub 3 ani), care trăind în apropierea unei surse de contagionare ce nu poate fi îndepărtată, trebuiesc izolați.

Toate aceste instituții sunt de mare utilitate activității profilactice a dispensarelor și ele vor trebui treptat crelate pentru fiecare regiune. Pentru înființarea lor trebuie solicitat concursul orașelor și comunelor, a efectorilor școlare și a instituțiilor particulare.

Vaccinația cu B. C. G.

Metoda de vaccinație antituberculoasă preconizată de Calmette este cu certitudine inofensivă și

acordă o imunitate relativă, este deci recomandabil ca ea să fie cât mai mult generalizată la născuți și extinsă și la adulți tineri energici (elevi premilitari, recruți), putând contribui la diminuarea morbidității tuberculoase.

Învățământul tuberculozei pentru formarea unui număr suficient de specialiști fiziologi.

În momentul de față în România există o criză acută de medici specializați în fiziologie. Chiar și unele din instituțiile actualmente în funcție sunt conduse de medici lipsiți de competența necesară. Fînd neîndoielnic că lupta antituberculoasă nu se poate duce decât cu un personal bine pregătit și cu grijă selecționat este neapărată nevoie să formăm cât mai repede posibil un număr suficient de fiziologi care să aibă o pregătire clinică serioasă și în același timp să cunoască mecanismul de funcționare al dispensarelor antituberculoase, tehnica depistării și propagandei, avînd și cunoștințe suficiente de igienă și asistență socială.

Acești fiziologi nu pot fi improvizați din medici fără studii de specialitate. Concursul de medic primar fiziolog fără stagiu prealabil de specializare s'a dovedit că nu este un criteriu suficient în această privință, el putînd fi trecut în baza unei pregătiri pur teoretice. *De aceea trebuie neapărat organizat un învățământ de specializare în fiziologie medico-socială.* Acest învățământ se poate organiza mai convenabil în cadrul facultăților de medicină, pe lângă care propunem să se înființeze câte o catedră de fiziologie, dispunînd de un serviciu clinic cu 200 paturi, utilat pentru studiul tuberculozei, diagnosticul științific al bolii și tratamentul medico-chirurgical al ei.

În programul de studii al facultăților de medicină se va prevedea, în mod obligator, în cadrul cursului de clinică medicală *un curs elementar, de cel puțin 20 lecțiuni despre tuberculoză*, care vor fi ținute de profesorul de fiziologie studenților ultimului an, fiind completate printr'un stagiu la secția de tuberculoză și la dispensarul studențesc.

Clinicile de tuberculoză vor organiza în mod permanent *cursuri de specializare în fiziologie pentru medici*. Durata acestor cursuri și a stagiului împreună cu ele va fi de doi ani, cerîndu-se în prealabil un stagiu de un an într-o clinică medicală.

Clinicile vor mai organiza *cursuri de perfecționare* în diagnosticul, tratamentul și profilaxia tuberculozei. Aceste cursuri vor avea o durată de 2 săptămîni.

De asemenea trebuie asigurată și pregătirea personalului auxiliar (surori de ocrotire, infirmiere și tehnicieni radiologi).

Spre a putea într-adevăr diminua în măsură apreciabilă morbiditatea tuberculoasă și a impledeca răspîndirea infecțiunii, cea mai însemnată parte din activitatea medicală și profilactică trebuie să se desfășoare

pe teren, adică în sinul populației. Această activitate este, prin firea lucrurilor, destul de complexă și reclamă funcționarea simultană și coordonată a mai multor organe și instituții sanitare. Atât depistarea precoce a cazurilor de tuberculoză, operațiile ce constituie chela succesului în această materie, cât și indispensabila supraveghere permanentă a tuberculoșilor depistați, precum și aplicarea măsurilor de protecție pentru copiii expuși infecțiilor și pentru persoanele adulte din anturajul unui tuberculos, trlarea corectă a bolnavilor în vederea tratamentului sau izolării precum și toate celelalte măsuri de asistență socială sau de propagandă igienică reclamă o muncă intensă de flecare zi, pe teren, pe care trebuie s'o desfășoare medicul specialist al dispensarului antituberculos, ajutat de un număr suficient de surori de ocrotire și în cea mai strânsă colaborare cu medicii de circumscripție, cu medicii igienici și cu toate organele sanitare și administrative.

Dispensarul trebuie să albe apol la dispoziție, în regiune un număr suficient de paturi de spital și sanator pentru tratarea cazurilor curabile și izolarea celor ce își primejdiesc anturajul. Este de dorit ca el să mai dispună și de un anumit număr de locuri într'un preventor în care să se adăpostească copiii cel mai expuși infecțiilor.

Internarea în aceste instituții de cură sau izolare nu se poate face în mod judicios decât tot de medicul dispensarului, care este singurul în măsură să stabilească indicația medicală sau socială a internării, să fixeze durata internării în cazurile când ea se face în scop de izolare, să reinterneze bolnavii concediați din spitale, de îndată ce situația lor o reclamă.

Dispensarul antituberculos, spitalul de tuberculoză, sanatorul și preventorul, cărora mai târziu li se pot adăuga și alte instituții de importanță mai mică trebuie să constituie, din punct de vedere funcțional, o unitate, întreagă mișcarea tuberculoșilor în cadrul acestel organizații fiind dirijată de către dispensar de pe teren.

Din metoda de lucru a unui dispensar antituberculos rezultă în mod natural faptul că raza de acțiune a acestel instituții este limitată la o anumită cifră de populație care nu se poate depăși fără ca activitatea dispensarului să nu se dilueze în așa măsură încât să-și piardă din eficacitate.

Pe de altă parte capacitatea de internare a spitalelor, sanatoriilor și preventoriilor este de asemenea limitată și nu este în interesul acțiunii de combatere a tuberculozel ca aceste instituții să fie solicitate de un număr prea mare de bolnavi căci atunci durata internării sau izolării trebuiesc prescurtate atât de mult încât nu se mai obțin nici rezultate terapeutice și nici profilactice.

De aici rezultă concluzia logică, confirmată de altcum prin experiența tuturor țărilor unde combaterea

tuberculozel a început cu mult înainte, că pentru a putea asana din punct de vedere al infecției tuberculoase o regiune, ea trebuie dotată cu un *armament antituberculos regional*, propriu, capabil să activeze în condițiile arătate. Dacă se face numai depistare, flechiar și prin admirabila metodă a microradiografiei, sau se înființează numai sanatoriile ori spitale care activează izolat fără ca mișcarea tuberculoșilor să fie dirijată de pe teren, nu se va putea obține niciodată rezultatul dorit și cheltuielile însemnate necesare întreținerii diverselor instituții nu-și vor găsi justificarea.

De aceea propun să se aleagă deocamdată 3 regiuni ale țării, dintre cele mai tuberculizate, cuprinzând flecare câte 2 sau cel mult 3 județe și să se doteze aceste regiuni cu armamente antituberculoase capabile să funcționeze cu un randament optim.

Ținând seama de proporția mortalității tuberculoase pe județe (vezi harta alăturată), propun să se

Mortalitatea prin tuberculoză în România
Media din anii 1935-1939
Mediul urban și rural întrunit



aleagă în Muntenia județele Ilfov, Vlașca și Buzău sau Prahova, în Moldova și Basarabia județele Iași, Lăpușna și Orhei, iar în Transilvania județele Sibiu, Alba și Turda.

În flecare din aceste trei regiuni există anumite instituții antituberculoase care ar putea forma nucleul unei organizații complete.

Paturile de spital și sanator necesare flecărele din aceste regiuni pentru a putea activa cu șanse de succes ar fi pentru centrul București de 1900, pentru cel din Iași de 1100, iar pentru cel din Sibiu de 600.

Numărul dispensarelor necesare trebuie calculat după cifra populației ținându-se seama și de caracterele geografice și de căile de comunicații ale singurelor regiuni. După un calcul aproximativ numărul lor s'ar ridica la 30, socotind un dispensar la 100,000 locuitori. În acest calcul nu sunt înglobate și orașele capitale de regiuni.

Organizând combaterea tuberculozei în aceste regiuni conform programului schițat s'ar putea într'un timp relativ scurt ajunge la o asanare a lor, în același timp s'ar forma cadrele de specialiști și tehnicieni necesare unei acțiuni de o mai mare amploare și s'ar verifica și eventual îmbunătăți, prin experiența câștigată,

metoda de lucru, ajungându-se la metoda standard cea mai potrivită cu situația de la noi.

Pe măsură ce resursele bugetare ale statului o vor permite, numărul organizațiilor antituberculoase regionale va fi apoi sporit în fiecare an.

Problema tuberculozei în mediu școlar

Organizarea și funcționarea unei echipe volante de Radiologie

de

Dr. Ștefan Popescu

Medic Primar Radiolog

Din inițiativa D-lui Inspector General Sanitar și de Ocrotire Dr. I. Stolchița, s'a format pe lângă Inspectoratul General Sanitar din Sibiu, o echipă volantă de radiologie, care funcționează dela 15 Octombrie 1937 și până în prezent, cu oarecari întreruperi.

S'au executat în total până în prezent, 75.000 de examene, marea lor majoritate în mediul rural din județele Inspectoratului Sanitar Sibiu.

Organizarea echipei radiologice

I. *Personal constant*: un medic radiolog, o Soră de Ocrotire și un șofer-mecanic. Echipa se completează întotdeauna cu medicul circumscripției unde se lucrează și cu Sora de Ocrotire.

II. *Aparatul*: obținut după multă stăruință dela Liga Națională contra Tuberculozei, de către D-l Inspector General Sanitar Dr. Stolchița, este un aparat marcă franceză „Practica Securix”, demontabil în piese care se fixează în locuri anume în ambulanța radiologică.

Pe lângă aparat, ambulanța posedă un grup electrogen ce dă un curent alternativ de 220 volți.

Cu aceeași mașină este transportat și personalul (patru persoane) în condiții bune. Ambulanța este o mașină „Chevrolet” cu șase cilindri, consumă 20 litri benzină la 100 km și urcă în bune condiții pe drumuri de munte. Grupul electrogen poate funcționa chiar 10 ore pe zi, în care timp nu consumă mai mult de 10 litri de benzină.

Funcționarea echipei

Odată ajunși în localitatea indicată pentru anchetă, mai întâi se fixează sala de lucru, care de cele mai multe ori este la școala din sat sau oraș, mai rar la Primărie sau la Dispensar și foarte rar în case particulare. După ce s'a fixat sala, șoferul demontează piesele aparatului din mașină și doi oameni le transportă

cu ușurință în sala de lucru unde este montat, operația ce nu durează mai mult de 20 minute.

Camera este întunecată cu perdele negre de mușama, ce fac parte din accesoriile ambulanței.

În timp ce se montează aparatul, o Soră de Ocrotire dă instrucțiunile învățătorilor cum să întocmească fișele celor ce trebuiesc examinați.

Pe măsură ce fișele sunt completate, grupe de 10—20 de persoane, sunt introduse în sala de consultație, fiecare având fișa în mână și o dată pe rând unul câte unul Sorel de Ocrotire ce scrie și conduce și masa de comandă a aparatului. Ei sunt conduși la aparat de obicei de Sora de Ocrotire a circumscripției, care se interesează de rezultatul examenului fiecăruia, ca și medicul circumscripției care asistă totdeauna la aceste anchete. Rezultatul examenului este comunicat sorel de ocrotire care îl trece pe fișa pacientului. Pentru a face economie de timp, la aproape 90% din cei examinați, rezultatul se înscrie cu cifre și anume: cel normal îl notăm cu Nr. 1, iar cel cu hipertrofii hilare minime, cu Nr. 2. La restul de aproximativ 10%, se descrie ce se găsește, chiar de către medic, indicând locul și întinderea leziunii pe schema toracică ce se desenează pe fișe.

Demontarea aparatului, transportul lui și fixarea pe mașină, durează încă cel mult 20 de minute. Aparatul poate funcționa și trei ore neîntrerupt și se pot examina în medie 60 până la 100 de persoane pe oră și se pot face 600—700 de examene zilnic.

Scopul anchetelor radiologice precum și rezultatul a o mare parte din examene, au fost expuse printr'un raport, la al patrulea Congres Național de Tuberculoză dela Cernăuți, în anul 1939.

Dăm mai jos, rezultatul radiologic al anchetei noastre, pentru depistarea tuberculozei în mediul școlar rural și urban din județele Inspectoratului General Sanitar și de Ocrotire Sibiu.

În cursul anilor 1938—1941, au fost examinați în total, 26.783 copii de școală, dintre care 12.000 în orașele Sibiu și Blaj, iar restul de 14.783 în comunele rurale ale județelor Sibiu, Făgăraș și Turda.

Rezultatul anchetelor noastre este arătat explicit, în tabele Nr. 1, 2 și 3.

Din totalul examinațiilor, s'au găsit din punct de vedere radiologic, normali 24.436 copii sau 91,23%,

TABEL Nr. 1
Rezultatul examenului radiologic în mediu școlar

Normali din punct de vedere Radiologic		Alterațiuni pulmonare netuberculoase			Leziuni pulmonare tuberculoase latente				Leziuni pleurale				Leziuni pulmonare manifeste					Alterațiuni și malformațiuni extrapulmonare
Fără alterațiuni vizibile radiologice	Hipertrofii hilare	Chist hidatic	Tumori pulmonare	Tumori mediastinale	Complex primare calcificate	Complex primare necalcificate	Hipertrofii hilare accentuate	Scleroze pulmonare	Pleurezie exudativă	Simphize pleurale	Scisurite interlobare	Pneumotorax spontan	Infiltrat primitiv	Fizic manifestă infiltrativă	Nodulară	Fibro-cazeoasă	Ultero-cazeoasă	
14.856	9580	1	1	1	1352	82	496	10	18	148	137	1	17	54	1	12	9	7
Total = 24.436		Total = 3			Total = 1940				Total = 304				Total = 93					Total = 7
Procent % 91,23		Procent la % 0,01			Procent la % 7,20				Procent la % 1,13				Procent la % 0,34					Procent 0,02

Numărul total al examinațiilor: 26.783

TABEL Nr. 2

Morbiditatea de tuberculoză proporția la 100.000 locuitori în mediu școlar, pe grupe de vârstă și sexe

Grupe de vârstă	Tuberculoză		
	Sexe	Manifestă	Manifestă + pleurală + latentă
Dela 5—10 ani	B.	183	7.059
	F.	97	7.091
Dela 11—15 ani	B.	319	8.735
	F.	418	10.131
Dela 16—20 ani	B.	548	11.324
	F.	866	8.250
Total general	B.	324	8.754
	F.	371	8.693

iar la restul de 2347 sau 8,77% s'au găsit următoarele afecțiuni:

Trei cazuri sau 0,01% cu alterațiuni pulmonare netuberculoase;

1940 cazuri sau 7,20% cu leziuni pulmonare tuberculoase latente;

304 cazuri sau 1,13% cu leziuni pleurale;

93 " " 0,34% " " pulmonare tuberculoase manifeste;

7 cazuri sau 0,02% cu alterațiuni și manifestațiuni extra-pulmonare.

Examinând situația tuberculozelor pulmonare manifeste, după formele de boală la această vârstă, cea mai mare proporție prezintă tuberculoza manifestă infiltrativă, cu 54 de cazuri (58%), urmată de infiltratul primitiv cu 17 cazuri (18,2%); tuberculoză fibro-cazeoasă cu 12 cazuri (12,9%); forme ultero-cazeoase cu 9 cazuri (9,6%) și tuberculoză formă nodulară cu 1 caz (1,07%).

Diagnosticul s'a pus în toate cazurile de tuberculoză manifestă cu exactitate, fiind vorba de leziuni bine vizibile la ecran.

T A B E L Nr. 3

Rezultatul examenului radiologic (în mediu școlar) pe grupe de vârstă și sexe

	Normali din punct de vedere radiologic				Alterațiuni pulmonare netuberculoase				Leziuni pulmonare tuberculoase latente				Leziuni pleurale				Leziuni pulmonare manifeste				Alterațiuni și malformațiuni extrapulmonare			
	Global		Procent		Global		Procent		Global		Procent		Global		Procent		Global		Procent		Global		Procent	
	B.		F.		B.		F.		B.		F.		B.		F.		B.		F.		B.		F.	
Dela 5—10 ani	4552	92,87	4742	92,88	2	0,04	1	0,01	280	5,71	309	6,05	57	1,15	48	0,95	9	0,18	5	0,09	1	0,02	—	—
" 11—15 "	5419	91,21	4719	89,67	—	—	—	—	440	7,40	433	8,24	60	1,00	77	1,46	19	0,31	22	0,41	3	0,05	—	—
" 16—20 "	2903	88,61	2101	90,99	—	—	—	—	320	9,76	158	6,84	33	1,00	29	1,25	18	0,54	20	0,86	2	0,06	1	0,04
Total	12874	91,18	11562	91,29	2	0,01	1	0,007	1040	7,36	900	7,10	150	1,05	154	1,22	46	0,32	47	0,37	6	0,04	1	0,007

Numărul total al examinațiilor: 26.783

Ținând seama numai de cazurile de tuberculoză pulmonară manifestă, constatăm o morbiditate de 347,5 la 100.000 copii din regiunea unde am făcut ancheta. Dacă adăugăm însă și la grupa tuberculozel manifeste și cazurile cu leziuni latente, cifra morbidității se ridică la 8723,5 la 100.000 copii.

Repartizarea tuberculozei pe grupe de vârstă și sexe

Au fost examinați 14.118 băieți și 12.665 fete. Cea mai mare proporție de normali, 91,13%, o găsim la grupa de vârstă între 5 și 10 ani și scade treptat pe măsură ce crește vârsta copiilor. Dacă analizăm sub raportul vârstei grupa cazurilor de tuberculoză pulmonară manifestă, vom observa că frecvența este în raport direct proporțional cu vârsta copiilor examinați; cea mai mică proporție de 0,13% constatăndu-se la grupa de vârstă între 5 și 10 ani, iar cea mai mare proporție de 0,70% la grupa de vârstă 16—20 ani.

Aceeași proporție se constată la grupa leziunilor tuberculoase latente, proporția minimă de 6,93% constatăndu-se la vârsta între 5—10 ani, iar cea mai mare proporție de 9,42% la grupa de vârstă dela 16—20 ani.

Din comparația rezultatului pe sexe, grupa normalilor pentru băieți este de 91,18%, iar pentru fete de 91,29%. La cazurile de tuberculoză manifestă, grupa băieților ne dă o proporție de 0,32%, iar a fetelor, de 0,37%. Observăm din această proporție, că până la vârsta de 20 ani, deci la copiii de vârstă școlară, grupa fetelor prezintă o proporție mai mare de bolnavi de tuberculoză.

Concluziuni

Constatăm că infecțiunea tuberculoasă se găsește într-o proporție redusă la vârsta școlară în această regiune, și crește proporțional cu vârsta.

La vârsta școlară, tuberculoza pulmonară manifestă este mai frecventă la fete decât la băieți.

Cauzele mortalității infantile în România

de

Dr. Gh. Gh. Vasilache

medic de circumscripție Dorna Candrenilor

(Continuare din N-rii 4 și 5/1942)

III

Rezultatul ofensivei sanitare din anii 1937—1940.

Pentru a ne putea da seama de adevărul celor expuse până aici, toate acestea le putem constata din datele statistice, care sunt repartizate pe întreaga țară și Inspectoratele sanitare regionale.

A) Inspectoratul general sanitar Sibiu.

Pe anii 1933—1937.

Mortalitatea infantilă medie este de 14,3‰, față de 15,9‰ media Transilvaniei și 18‰ media din România pe același perioadă.

Din acest Inspectorat, județele care prezintă cea mai bună situație sunt: Brașov cu o medie de 12,1‰, față de județul Alba cu cea mai defavorabilă, cu o medie de 16,8‰.

În comparație cu mediul urban găsim o diferență de 2,5‰ în favoarea mediului urban.

Dintre orașe cea mai mică mortalitate o găsim în orașul Făgăraș cu o medie de 8,5‰, iar cea mai urcată în Gheorgheni cu 16,4‰.

Din numărul total al mortalității infantile găsim că debilitatea congenitală este de 59,9‰; cu afecțiuni pulmonare de 19,6‰; enterite 12,8‰; boli infecțioase 3,9‰ și alte cauze 3,8‰.

Mortinatalitatea

O găsim în acest Inspectorat de 2,3‰. Ținând seama că în acest Inspectorat avem cea mai mare majoritate de minoritari din România, reiese că în cifra de 45,1‰ găsim Români 37,5‰, Unguri și Germani 13,5‰, Evrei 1‰, alții 2,6‰. Mortalitatea infantilă fiind numai de 52,3‰ față de cea de 47,7‰ a întregului grup minoritar.

Aceasta face un excedent de 10,4‰ al populației etnice românești, față de 7,2‰ Unguri și 6,6‰ Germani.

B) Inspectoratul General Sanitar Cluj.

Mortalitatea infantilă. Pe ultimii cinci ani a fost de 18,4‰. Dintre județele care dau cel mai mare procent găsim județul Bihor cu un procent de 20,8‰ și județul Maramureș cu 22,3‰.

Pe municipii găsim Satul-Mare cu 17,9‰ și Târgul-Mureș cu 16,8‰; iar pe orașe găsim în Huedin 20,4‰, Sighet 19,6‰ și Gherla cu 19‰.

Mortinatalitatea. A fost de 1,6‰ din numărul născuților vii.

Natalitatea. A fost de 28,7‰ din numărul total al locuitorilor, având procentul cel mai ridicat în județele Turda, Mureș, Sălaj și cea mai scăzută o găsim în județele Năsăud, Bihor.

Și în acest Inspectorat, mortalitatea infantilă o găsim în centrele cu cea mai multă minoritate maghiară, germană și evreiască. În acest Inspectorat Românii formează o masă etnică de 90‰.

C) Inspectoratul General Sanitar Timișoara.

Mortalitatea infantilă. În medie o găsim de 16,5‰ din numărul născuților vii, având procentul cel mai ridicat în județul Arad cu 18,4‰ și în județul Severin cu 17,3‰, față de mortalitatea infantilă pe țara întreagă cu 18‰, Aradul dă media cea mai ridicată a mortalității infantile.

Natalitatea. A fost în județul Arad scăzută dela 22,40‰ în 1930, la 19,1‰ în 1937. În municipiul Arad însă a crescut cu 15,5‰, pe când în celelalte județe a fost media de 20,7‰ și în mediul urban cu 13,6‰.

Cea mai scăzută a fost găsită în județul Timiș cu 18,2‰. Și aici centrele cu minorități crescute dă o mortalitate mărită.

D) Inspectoratul General Sanitar Iași.

Mortalitatea infantilă. O găsim foarte mult crescută și chiar cu tendință de creștere.

Pe mediul urban și rural găsim mortalitatea la sută de născuți vii astfel: În mediul rural 19,4‰; în mediul urban 20,4‰, față de media din România care este în mediul urban de 17,2‰ și în cel rural de 18,1‰.

Repartizat pe județe procentul cel mai ridicat îl dă județul Tutova cu 24,7‰ din mortalitatea infantilă din acest Inspectorat. Pe orașe întâlnim în orașul Huși cu 23,8‰, Iași cu 22,3‰, Botoșani cu 22,7‰, Târgul-Frumos cu 26,3‰, iar Romanul cu 24,7‰, toate având o mortalitate infantilă de peste cifra de 20‰.

Problema mortalității infantile pentru Moldova prezintă cea mai gravă problemă de ordin social și cu toate că avem toate instituțiile de statistică și igienă.

Natalitatea. Pe ultimii 5 ani în medie o găsim în mediul rural de 43,4‰, iar pe cea din mediul urban de 23,4‰. În Moldova găsim problema unei puternice natalități, însă, care din nenorocire, este întunecată de procentul unei puternice mortalități infantile.

E) Inspectoratul General Sanitar Chișinău

Mortalitatea infantilă. Ca și în Inspectoratul Iași este foarte mult crescută deasupra cotel țării. Ea este de 20‰—20,3‰ din numărul nașcuților vii și care este mult mai mare decât cea de 18,1‰ pe toată țara în același perloadă de ani. Repartizată pe județe găsim că procentul cel mai mare îl dă Chișinăul cu 23,1‰, apoi Cahul cu 21,3‰, Orhei cu 21,1‰, Bălți cu 20,1‰, Cetatea-Albă cu 18,7‰ și județul Soroca cu 18‰ din numărul copiilor nașcuți vii.

Mortinatalitatea. În aceeași perloadă de timp găsim la suta de nașcuți vii coeficientul de 2,1‰ pe întregul Inspectorat, fiind ceva mai mică, decât media Românelor care este de 2,3‰.

Pe județe cea mai mică o găsim în județul Cahul care este de 1,2‰ și cea mai crescută în județul Orhei cu 2,7‰, care față de cea a țării este ceva mai crescută.

Natalitatea. În aceeași perioadă de timp la mla de locuitori este de 33‰, deci ceva mai mare decât cea a Românelor care este de 31,5‰.

Pe județe găsim Cahul cu 44,4‰, Bălți cu 39‰, Tighina cu 37‰, Orhei cu 36,6‰, Lăpușna cu 36,2‰, Cetatea-Albă cu 30,8‰, iar cea mai mică medie Soroca cu 30,6‰. Parțial luate este mai mare ca pe țara întreagă.

F) Inspectoratul General Sanitar Craiova

Mortalitatea infantilă. Găsim o variație a procentului de 15,5‰. Procentul cel mai ridicat îl găsim în județul Romanați și județul Dolj, care au depășit procentul de 19‰ din copiii nașcuți vii.

Pe județe avem Dolj cu 15,9‰, Gorj cu 13,9‰, Mehedinți cu 12,1‰, Romanați cu 16,8‰, Vâlcea cu 13,8‰ și Olt cu 16,4‰. Deci se constată în acest Inspectorat o creștere a mortalității infantile.

Mortinatalitatea. Găsim un procent mediu de 2,9‰ în ambele medii întrunite, având indicele cel mai ridicat în județele Mehedinți cu 3,4‰ și Vâlcea cu 3,6‰.

Natalitatea. Având procentul mediu de 34‰ și cel mai scăzut în județul Mehedinți.

G) Inspectoratul General Sanitar Constanța

Mortalitatea infantilă. Procentajul mediu pe ultimii 5 ani a fost de 19,1‰ de nașcuți vii, deci ceva mai ridicat decât media țării.

Pe județe găsim Durostor cu 21,7‰, Constanța cu 19,7‰, care este cel mai ridicat, urmează Covurlui cu 19,5‰, Caliacra cu 19,4‰, Tulcea cu 18,5‰, Brăila cu 17,7‰ și Ismail cu 17,3‰.

Cauzele mortalității au fost malformațiunile de ordin congenital și boli ale primei copilării.

Mortinatalitatea. Variază între 2,2‰ din numărul nașcuților vii pe ambele medii întrunite, fiind în mediul rural 1,7‰, iar în cel urban 4,2‰.

Natalitatea. În mediul urban este de 27,1‰, pe când în mediul rural media generală fiind de 40,4‰ și cu mult superioară mediei generale a țării, care este pentru media corespunzătoare de 34,5‰.

H) Inspectoratul General Sanitar București.

Mortalitatea infantilă. În același perloadă de timp este de 17,5‰ pe ambele medii întrunite.

Pe județe procentul cel mai ridicat îl găsim în județul Ialomița și în județul Putna, ambele cu 19,2‰, iar cea mai scăzută în județul Prahova cu 16,4‰. În mediul rural procentul este de 17,5‰, iar în mediul urban de 16,6‰ deci cu o diferență de numai 1‰.

Mortinatalitatea. În același perloadă de timp este de 2,1‰ față de 2,3‰ media din România. Deci cea mai mare creștere o găsim în județele Argeș și Teleorman unde avem un procent de 2,6‰, iar cea mai scăzută în județul Buzău.

Natalitatea. Pentru totalul populației a fost de 35‰, pe când media pe țară este numai de 31,5‰, ceea ce reprezintă un plus de 4,5‰. Acest procent îl găsim cel mai ridicat în județul Ialomița cu 41‰, iar cel mai scăzut în județul Muscel cu 32‰.

I) Inspectoratul General Sanitar Cernăuți

Mortalitatea infantilă. În acest Inspectorat a variat între 17,3‰ și 20,8‰. Procentul cel mai ridicat al mortalității infantile l-a dat județul Rădăuți care a atins cifra de 20‰, având în același timp și o tendință a creșterii procentuale.

Natalitatea. În același perloadă de timp a fost de 30,3‰ și de 31,9‰ de locuitori.

Cât privește excedentul populației găsim o creștere variind între 10,7‰ și 14,2‰, având cea mai redusă mișcare a populației în municipiul Cernăuți, tipic de altfel pentru orașele mari.

Ținând seama de toate datele și variațiile procentajului atât a mortalității infantile, mortinatalității și a natalității pe toate Inspectoratele în perioada dela 1933 la 1937, când acest procentaj reprezenta media generală pe toată țara înainte de 1940, trebuie să ținem seama că dintre toate regiunile țării, regiunile cu cel mai mare procent al mortalității infantile și al mortinatalității îl găsim în Moldova, Basarabia, Sibiu și apoi Constanța.

Toate aceste cauze le-am studiat până acum și ne putem explica pe deplin acest fenomen în deajuns de bine cunoscut după toate datele.

Concluzii și propunerii.

Ce s'ar putea face pentru stărpirea acestui rușinos fenomen social?

După observațiunile de 10 ani asupra acestui fenomen și după îndelungate cercetări asupra cauzalității, care determină aceste stări ale mortalității infantile și ale mortalității, am putut ajunge la concluziile pe care expunându-le mai jos, am credința, că dacă o parte din ele vor fi realizate, dacă nu toate, vom opri acest fenomen al denatalității și al mortalității în faza de creștere continuă. Ele ar fi după cum urmează în ordinea gravității lor următoarele:

În mediul rural.

1. Un ajutor material plauzibil pentru persoanele sărmene la căsătorie pe o perioadă de cel puțin 10 ani, până își vor încheia primul nucleu de gospodărie. Acest împrumut să fie făcut de stat cu un procent mic și plătit în natură prin muncă sau producție agricolă.
2. Scutirea de impozite a celor sărmene, care au până la cca. 5 ha. la munte teren și, până la 2 ha. pământ arabil la țară, care are un număr de la 4 copii în sus, și, să fie pe tot timpul minorității lor.
3. Ajutor material acelor care au mai mult de 4 copii, care să fie dat până la vârsta de 14—15 ani, când pot intra în câmpul muncii.
4. Ajutorarea femeilor gravide cu o lună înainte de naștere și cu o lună după naștere.
5. Ridicarea stării materiale a țaranului român prin crearea unui cămin înviorabil de cca 5 Ha de pământ cu casă tip, după regiunea de munte, șes, deal și pustă.
6. Numirea de moașe oficiale în fiecare comună, cu pregătire specială și bine plătite nu cu salariu de mizerie.
7. Implicarea moșitului clandestin prin legi speciale în comunele unde sunt moașele oficiale.
8. Educarea mamelor încă de pe băncile școlii a ultimilor ani prin cursuri de adulți, de către medici la centre de reședință, iar în celelalte comune de către moașe ajutate de învățătoare care sunt mame de copii, cu o pregătire specială și sub conducerea medicului sanitar.
9. Crearea de maternități populare în fiecare circumscripție sanitară, în care mamele înainte de a naște să fie internate pentru a li se da toate îngrijirile necesare, scoțându-le din mediul de mizerie în care nasc.
10. Educarea tinerelor fete din punctul de vedere național, arătându-li-se și infiltrându-li-se însemnătatea lor ca mamă în viața de Stat și a neamului.
11. Îndepărtarea femeilor care sunt dotate cu putere de creație din toate funcțiile publice, îmbunătățindu-li-se tratul soțului lor.
12. Alimentația mamelor în timpul sarcinii cu alimente bogate în substanțe vitaminice și hidrați de cărbune

bun care prezintă un potențial mare de calorii. Administrarea în fiecare lună a unei mari doze de calorii pe cale bucală.

Pentru muncitori de toate categoriile

1. Înființarea de creșe speciale în toate industriile în care mamele sunt obligate să muncească.
2. Implicarea tratului în comun și în promiscuitate.
3. Îmbunătățirea tratului mamelor după felul muncii ce depun.
4. Crearea de maternități pe centre industriale unde în mod obligator să fie aduse femeile gravide să nască.
5. Construirea de căminuri speciale individuale pentru fiecare familie de muncitori.
6. Ajutorarea pentru familiile cu mai mult de trei copii.

Măsurile comune

1. Implicarea avortului pe orice cale și pedepsind aspru pe cel care le săvârșesc.
2. Ajutorul medical să fie dat în concordanță cu starea materială a familiilor.
3. Combaterea promiscuității prin ridicarea moralității în centrele orășenești și în comunele marginase marilor centre, de la care populația de la sate împrumută tot ce este mai rău și mai degradant pentru dânsa.
4. Educarea mamelor în centre de puericultură cu felul de alimentare a copilului, care este un punct de alimentare pentru viața copilului.
5. Depistarea boalelor sociale pentru acele care se căsătoresc.
6. Bolnavii cu maladii cronice ca tuberculoza, alcoolismul, sifilisul etc. de generații în familii să fie opriți de a procrea aplicându-li-se eugenia.
7. Crearea de fișe individuale încă din școala primară precum și introducerea certificatelor prenuptiale.
8. Crearea de centre pentru alimentarea cu lapte, grâu, zahăr, orez precum și medicamente necesare până la etatea de 5 ani.
9. Înregistrarea tuturor femeilor gravide de către medici și introducerea vizitelor periodice de către moașa oficială. Apoi îngrijirea după naștere de către surorile de ocrotire.
10. Numirea ca medici de circumscripție sanitară, medici din cel mai devotați, cu pregătire specială în acest sens, să fie bine plătiți, dându-li-se locuințe pentru familia lor, teren pentru hrană etc. ca să fie nu numai medici, dar și adevărați apostoli ai neamului și științei și a unui naționalism rațional și sănătos, care să nu-și facă din avorturi o sursă de câștig sigură.
11. Interzicerea de a numi medici, străini, oricare ar fi originea lor, ca medici de circumscripție în centrele românești fie la sate, fie la orașe, care, dacă vor

fi numiți, nu vor avea altă misiune, decât aceea a distrugerii neamului nostru prin împușnarea natalității, mărind procentul avorturilor ca și cel al sterilității femeilor de origine etnică română.

12. Pedepsirea exemplară a mamelor denaturate, care-și ucid pruncii, îi părăsesc, îi lipsesc de îngrijirea maternă, lăsându-l să moară prin înaniție în mod vădit, pentru a putea scăpa de acest balast, care este copilul.

13. Pedepsirea concubinajului, care sunt focare de procreație a nelegitimității pruncilor, și care măresc în mod voit procentul mortalității infantile.

14. Înființarea de centre de plase administrative a câte unul spital cu câteva paturi pentru copii mici până la etatea de 5 ani și care vin cu complicațiuni grave, având nevoie de îngrijiri speciale ale medicului pe mai multă durată.

Ingrijirea copilului până la etatea de un an

1. Alimentarea exclusiv la sânul mamei a copilului. Ea trebuie să fie făcută prin propagandă și convingerea mamelor de acest imperativ categoric.

2. Alimentarea artificială se va face numai în cazuri de extremă necesitate, când este amenințată viața mamei sau a pruncului.

3. Examinarea copilului săptămânal, mai ales a celor născuți cu debilitate fizică până la etatea de 2 ani, care examinare să fie făcută de către medic și surorile de ocrotire.

4. Inzestrarea dispensarilor de puericultură cu medicamentele necesare primei copilării de ex.: antirachitice, tonice generale, contra tulburărilor gastro-intestinale, afecțiunii pulmonare, debilități congenitale, nașteri prea mature.

5. Formarea unei secțiuni infantile pe lângă fiecare spital județean cu un medic specialist, unde să fie internați copii cu diferite afecțiuni grave, care au nevoie de a fi îngrijiți mai mult timp și mai multă durată, fiind familia de a avea în sânul său o grijă care

până la cele din urmă va căuta să scape îngrijindu-l din zi în zi mai insuficient.

6. Crearea unui fond județean pe lângă serviciile sanitare județene, din cote speciale prevăzute în bugetele comunelor mai înstărite, din care fonduri să se repartizeze pe circ. sanitare care au comune sărmene și unde mortalitatea la infanții și mortalitatea este mult crescută tocmai din aceste cauze.

7. Crearea unui fond special pentru protecția mamelor și copilului, care fond să fie procurat sub forma unui timbru pus pentru băuturile spirituoase. Acesta ar ridica un fond destul de impozant pentru realizarea tuturor dezideratelor acestor probleme atât de importante.

8. Desființarea comitetelor de puericultură de pe lângă medicii de circumscripție, care sunt mai mult focare de intrigi și ceartă, decât muncă. Aceste comitete să fie făcute din personalul auxiliar sanitar și din directorul școlar, preotul satului și primarul comunei.

9. Amenajarea leagănelor unde să fie îngrijiți copiii, care sunt amenințați a fi lăsați în părăsire de către mamele lor, dacă nu au avut curajul de a-l extermina prin avort sau pruncucidere.

10. Scoaterea pruncilor din familiile cu maladii cronice și infecțioase precum și din familiile numeroase cu locuințe insalubre și neigienice, pentru a fi ținuti pe seama statului până la etatea de maximum 5 ani. Deci din cele expuse se poate deduce că atât starea socialo-materială a marelui majorității a populației, cât și lipsa de asistență medicală științifică, care nu pot fi depărtate cu așa mare ușurință, au contribuit, contribuie și va contribui încă multă vreme la mortalitatea infantilă și a mortalității în populația țării, până când acest imperativ categoric nu va fi hotărât aplicat și fără șovăire, căci schimbarea societății omenești în forma sa de organizare socială, fără a ține seamă și de acest deziderat, nu se va produce nici schimbare asupra cauzalităților discutate în expunerea de față.

Probleme profesionale

De ce nu avem radiologi?

de

Dr. Suciu Eugen,
medic primar.

În raportul meu final dela congresul profesional național de radiologie dela Timișoara din 1935, pe care am avut onoarea să-l prezidez, spuneam următoarele:

„Formulări teoretice satisfăcătoare se obțin la noi foarte ușor, ordinea morală și erarhică se asigură cu

multă generozitate pe hârtie, când însă om naiv și de bună credință pretinde aplicarea hotărârilor, trebuie să treacă prin furcile caudine”.

„Dificultatea cea mare o întâmpinăm în spiritul de concesiile morale ale vleurilor noastre publice, obișnuite cu soluționarea palliativă a problemelor”.

„Mentalitatea elastică stăpânită de interesele personale ale momentului, puțin preocupată prin principii, crează paralizia burocratică, obstacol permanent al înfăptuirilor prin organizare”.

Bineînțeles nici Societatea de Radiologie și Electorologie Medicală din România, care își însușise inițial formula teoretică și a elaboratelor de organizare, nu ajunsese să-și vadă visurile împlinite.

Incontestabil că Soc. de Radiologie care are în fruntea ei doi profesori universitari de radiologie, doi conferențieri, un docent și numeroși medici primari de radiologie, bine pregătiți, a realizat în anii trecuți o remarcabilă activitate științifică de specialitate, prin organizarea celor trei congrese dela București, Cluj și Iași cu publicații voluminoase de rapoarte și comunicări de o reală valoare științifică, apoi la sesiunile lunare dela București, prilejuri de expunere ale unor lucrări de valoare, stimulându-se permanent afirmarea radiologiei românești, după cum ne confirmă aceasta Buletinul Societății.

Societatea de Radiologie a mai avut meritul de a aduna într'un mănunchiu pe aproape toți radiologii din țară, prin înscrierea lor în Societate pentru mai bună orientare asupra acelora care profesează radiologia.

E de adăugat că printre cei 120 de membri ai Societății, sunt numeroși medici de altă specialitate, care se ocupă de radiologie numai limitat, atât, cât interesează specialitatea lor. Categoria cea mai numeroasă și cea mai dăunătoare radiologiei, a medicilor posesori de aparate de Röntgen, care dau aparența unei suficiențe înșelătoare prin reclame și anunțuri, bineînțeles că nu face parte din Societatea de Radiologie.

Această activitate științifică de specialitate și evidențiere profesională trebuie însă să fie secundată de înfăptuirea de stil mare pe teren de organizare practică, bineînțeles cu concursul decisiv al Ministerului Sănătății, care uneori în trecut, a fost acordat parcimonios, altă dată a lipsit sub trecutele guvernări, deși sunt convins că din partea conducătorilor Societății de Radiologie sugestiuni în această privință s'a făcut. Nu este însă de ajuns, ca să expediez o comisiune în Germania ca să cumpere câteva aparate pentru spitale și dispensare ca să poți spune că ai făcut mare ispravă în domeniul radiologiei. Sociologii ne lămuresc, că influența mediului desăvârșește sau dejoacă legile progresului. Urmările le resimțim acum în vremuri de război, când d-l Ministru al Sănătății e nevoit să înființeze cursuri de specializare în radiologie și școli de laboranți, pregătind în pripă specialiști a căror lipsă e atât de simțită în organizarea sanitară a statului și a armatei. Trebuiau înainte de toate creștute la timpul său punându-le la dispoziție fonduri mari, două trei

centre mari de radiologie cu instalații complete, expresie a tehnicii în radiologie, cu secții de cancerochirurgie, anatomo-patologie, röntgendiagnostic și terapie profundă, radioterapie, birou de statistică și propagandă, autonomia și stabilitatea asigurată cu medici radiologi salariați excepțional fără drept de clientelă particulară după modelul celor din străinătate, fondate după experiența făcută că: fărâmlarea secțiilor și institutelor împiedică coordonarea și armonia activităților științifice și terapeutice. Aceste institute mari aveau apoi și menirea de a forma serii de specialiști prin practică îndelungată, radiologia fiind o știință de experiență. Dacă în materie de pregătire generală radiologică generațiile mai noi de medici, prin meritul profesorilor noștri de radiologie au cunoștințe cu mult mai solide decât cele premergătoare lor, apoi în privința formării cadrelor noi de radiologi nu s'a făcut cât trebuia. Institutele de radiologie ale facultăților neavând proporțiile și mijloacele necesare pentru a putea corespunde unei astfel de misiuni. De sigur că prin organizarea unor mari centre de radiologie nu este încă totul făcut, dela secția radiologie al spitalului județan până la dispensarul de târgușor înzestrat cu aparat röntgen problema întreținerii pricepute și a utilizării competente trebuie soluționate după aceleași criterii reale de permanent control al personalului medical și tehnic. Dar ne mai lipsesc și altele. Nu avem de exemplu un manual practic de radiologie. Cartea valoroasă a d-lui prof. Dr. Dim. Negru e o lucrare teoretică de noțiuni pregătitoare și de tehnică generală, foarte utilă și necesară, dar nu compensează bineînțeles lipsa unui manual de medicină radiologică. Manualele străine sunt foarte scumpe și actualmente greu de găsit. Există totuși un manual practic scris în românește, o compilație și traducere din manualele străine, e cartea fraților evrei Herskovits, de care se servesc medicii de provincie care își înzestreză cabinetul medical cu un mic aparat de röntgen. Dar nu avem manual nici pentru laboranți. În materie de cunoștințe tehnice, un manual, care să cuprindă toate datele și cunoștințele necesare unui laborant după care să se ghideze când îl părăsește memoria, este ceva indispensabil.

Dar nu numai insuficiențele de organizare pe plan general ne-au adus în situația că nu avem radiologi în număr necesar, ne lipsește încă și o reglementare rațională, un fel de statut de protecție, a medicului radiolog care s'a dedicat acestei cariere de sacrificiu. Situația precară de acum în această privință reține multe elemente bune, care își pregătesc cu multă cumpănire viitorul, de a alege această spinoasă carieră. Nu e legiferat și nu e respectat dreptul medicului radiolog de a-și apăra sănătatea prin concediu obligator de două luni pe an, pentru a-și reface globulele roșii ale sângelui distruse de raze. Mai ales acum concediile

fiind suprimate de 3 ani, cea mai mare parte a medicilor radiologi lucrează fără concedii de refacere, neurastenizați și anemizați în ultimul grad, în deosebi acel care conduce serviciul cu mare circulație de pacienți. Sunt apoi o seamă de instituțiuni, care își permit luxul de a face statistici din diferite motive, utile de sigur, și cer medicului radiolog să examineze pe lângă cel suferinzi și pe cel sănătos din instituția respectivă, punând în seama singurului medic radiolog 60—100 de radioscopii la zi. Instituția din motive de economii nici nu se gândește la soluția numirii a încă unui radiolog la serviciul încărcat.

Salarizarea medicului radiolog de sigur nu poate fi alta decât a celorlalte categorii de medici specialiști, ar trebui însă introdusă pentru el asigurarea obligatorie printr'un plus de salariu în acest scop Fosta Casa Muncii C.F.R. a și aplicat câțiva ani, după modelul instituțiilor din străinătate această soluție, printr'o indemnizație de risc profesional de Lei 2000 lunar. A trebuit însă să lupte în fiecare an pentru recunoașterea

acestei indemnizații speciale în fața instanțelor de control ale Ministerului de Finanțe, încât în cele din urmă a renunțat la ea. În ce privește centrele mici provinciale sau să se desființeze posturile de medici radiologi, sau să li se dea un salariu excepțional, întrucât din cauza acestor nepotriviri între salariu și situația profesională nu se găsesc aspiranți la posturile vacante, serviciile fiind conduse la întâmplare de nepregătiți. E de neînțeles însă salarizarea insuficientă a personalului auxiliar, a laboranților. Un laborant de radiologie, muncind în condițiuni dăunătoare sănătății sale 7—8 ore zilnic, e retribuit cu 3000—3500 Lei lunar, câtă vreme portarul aceleiași instituțiuni are 5000—6000 Lei lunar.

Evident că într'o profesie cu atâtea cerințe, crearea unor condiții superioare de muncă rodnică pe plan general este o sarcină, care cere însușiri sufletești superioare, căci prin contribuția acestor însușiri sufletești superioare se crează ce este solid, stabil și de reală valoare.

Apel către tinerele fete

Este de datoria fiecărei românce să nu stea nepăsătoare în fața indemnului dat de Conducătorul Statului și apelului lansat de către D-na Mareșal Antonescu, pentru unirea tuturor femeilor și colaborarea tuturor forțelor vitale, cu scopul de a reduce suferințele marelui mase a populației, care se sbate în nevol.

Instituția Surorilor de ocrotire înființată la Cluj în anul 1919, la Iași în anul 1929 și la București mai recent, a luat un nou avânt anul acesta.

Scopul urmărit de Ministerul Sănătății prin Instituțiile de Surori de ocrotire este să formeze personal bine pregătit pentru a face educația igienică în mediul rural, pentru a creștea adevărate misiuneri ale sănătății, care să ducă în cel mai îndepărtat colț al Țării, simțul de răspundere pentru sănătatea neamului.

Azi când femeia, prin forța împrejurărilor, trebuie să desfășoare o activitate și în afară de cămin, ocrotirea familiei, educarea femeii din popor este cariera unde sufletul femeii găsește teren prielnic pentru a pune în evidență calitățile ei cele mai subtile.

Inscrierile se fac pentru Institutul Surorilor de ocrotire din Iași, în Str. Muzelor 28, cel din Cluj-Arad, Str. Iosif Vulcan 12, iar cel din București, Șoseaua Ștefan cel Mare 87 bis.

Informații detaliate și prospecte se pot primi de la Direcțiunile amintite mai sus și Inspectoratul General Sanitar Sibiu.

Cererea timbrată va fi însoțită de următoarele acte:

1. Actul de naștere dela Ofițerul stării civile (vârsta între 18—30 ani).
2. Certificat de naționalitate.
3. Certificat școlar, (absolvente de liceu, bacalaurate, școală normală, școală de menaj gr. II).
4. Certificat de sănătate, eliberat de un medic oficial.
5. Certificat de moralitate eliberat de preot.
6. Consimțământul părinților pentru minore.
7. Autobiografia.

Toate candidatele vor fi supuse unui examen medical foarte riguros, căci numai candidatele perfect sănătoase pot fi admise.

Candidatele care nu au bacalaureatul vor fi supuse unui examen de admitere. În mod excepțional comisiunea de examinare poate acorda dispense de studii candidadelor cu aptitudini excepționale, care au însă cel puțin 6 cl. de liceu.

Cursurile durează 3 ani. Toate elevele sunt bursiere. Toate sunt interne, locuiesc în cămine foarte bine amenajate pentru ca surorile de ocrotire să poată fi convinse propagandiste a obiectivelor sănătoase.

În cursul anului de studii, au ocazie să se convingă că sănătatea este cea mai scumpă comoară pe care poate să o aibă oricare om, care știe să benefi-

THIONAÏODINE

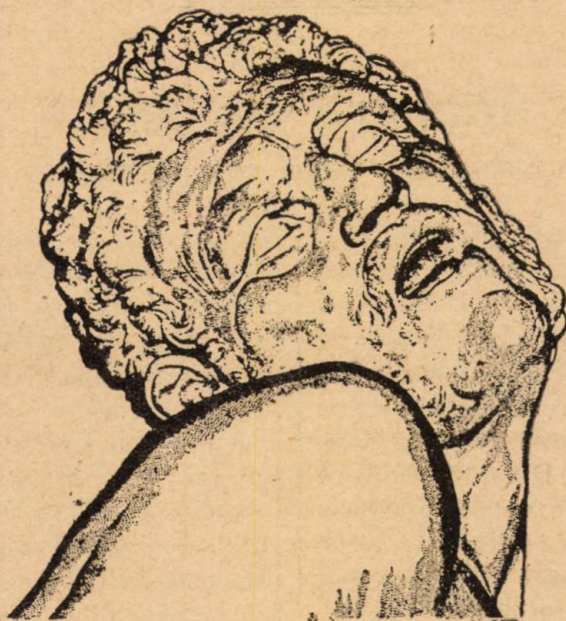
INJECTABILĂ A & B

*maladia reumatismală cronică
și sindromele sale dureroase*

COMPRIMATE

*carență de sulf
reumatisme cronice*

PRODUSE ATOXICE
INECȚII INDOLORE



ACȚIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACȚIUNI

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevrxite și secuale

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B₁

nevrite și polinevrite infecțioase și toxice

A intramusculară: două miligr. Vitamină B₁
pe fiolă de 10 cc.
Cazuri de gravitate mijlocie.

B intravenoasă: un centigr. Vitamină B₁
pe fiolă de 10 cc.
Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGE AIS ISSY-LES-MOULINEAUX **PARIS**

Eșantioane și Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R., BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8

cleze de minunatele descoperiri ale medicinei preventive.

Primele 4 luni, constituie o perioadă de probă. Admiterea definitivă în școală se face după terminarea cursului preliminar, în care timp elevele sunt instruite teoretic și practic în tehnica îngrijirii bolnavilor, cari cursuri se țin în sala de demonstrație a școlii, instalată cu tot materialul didactic necesar.

În primul doi ani, elevele fac stagii în spitale laboratoare, farmacii, iar în anul al treilea pe teren, la dispensarii, în școli primare, educație sanitară în familii, anchete sociale, cursuri de gospodărie cu mamele și alte stagii necesare ocrotirii familiei.

Instituția surorilor de ocrotire este o profesie unde nu există șomaj. Ministerul numește toate absolventele în posturi bugetare, începând cu un salariu de 7200 Lei, drept la gradații și posibilități de avansare.

Toate femeile cari doresc să fie folositoare neamului, vor găsi în instituția aceasta teren foarte variat de muncă și vor simți adevărata fericire, alinând suferințele altora și ducând cât mai multă lumină acolo unde domnea superstiția și întunecul.

Vizitați institutele surorilor de ocrotire și convingeți-Vă personal că este una din școlile cele mai potrivite pentru educația viitoarelor mame.

Richard Siebeck

— Cu ocazia vizitei sale la Sibiu —

Invitat de Facultatea de medicină din Sibiu, Profesorul R. Siebeck, din Heidelberg, ține o conferință, în ziua de 5 Iunie a. c., în sala Nr. I. a Universității, intitulată: „Einflüsse der Psychischen auf die Entstehung und Entwicklung innerer Krankheiten”. Universitatea, prin reprezentanții ei, îl primește foarte călduros ca pe unul care, și în vremea ei de răstăp, ca și la Cluj, o vizitează cu aceeași simpatie, iar Dsa mărturisește că se simte nu un oaspe strein, ci un vechiu prieten al nostru, care într-o măsură ne cunoaște și limba; publicul sibian arată un deosebit interes acestei vizite, Dsa fiind o personalitate binecunoscută a Germaniei de azi.

Profesorul R. Siebeck este unul dintre reprezentanții de seamă ai gândirii medicale contemporane științifice și unul dintre promotorii medicinei sociale germane de azi. Spirit critic mereu treaz, dotat cu o largă înțelegere, ține, difuzându-și preocupările și activitatea prin comunicări la diferite societăți științifice, prin discuții și referate la congresele medicale, prin periodicele de specialitate și prin publicații originale, să reformeze disciplina medicală de după războiu și în răstimp de aproape douăzeci de ani, nu numai că își încheagă o concepție medicală nouă, dar caută continuu s-o și facă roditoare și pe terenul necesităților practice ale vieții sociale ale țării sale; nu numai că își clădește concepția lui medicală pe ordinea generală a vieții și a lucrurilor, dar o și încadrează în ordinea specială a vieții sociale germane de azi, racordând-o continuu la momentele particulare ale acestei ordini sociale, la regimul politic totalitar la început, și la cel de războiu în momentele de față.

Urmărind colecția, din 1920 până în 1942, a revistei „Deutsche Medizinische Wochenschrift”, din al

cărei comitet de redacție face parte, spicului câteva date biografice și desprindem trăsăturile generale ale preocupărilor și concepției sale medicale, dintre cari o parte au format fondul comunicării dela Sibiu.

Imediat după războiu se află la Heidelberg, ca Profesor universitar agregat, făcând cercetări în domeniul patologiei renale,¹⁾ ale căror rezultate și concluzii le prezintă la „Naturhistorisch-medizinischer Verein” de acolo, și publică o monografie,²⁾ care este un studiu critic al timpului asupra felului de a privi problema diagnosticului și tratamentului bolilor de rinichi, problemă modernă, a examenului funcțiilor și prezentării elnice a cazului în patologia renală, accentuând importanța confruntării datelor teoretice cu cele clinice.

Din 1922, pe lângă funcțiunea ce o avea la Heidelberg, (la un „Beobachtungs-krankenhaus”), i se oferă să funcționeze paralel (ca „Ober. Reg. Med. Rat.”) și la un spital („Versorgungskrankenhaus”) din Karlsruhe. În acest an își expune, la aceeași societate științifică din Heidelberg, concepția sa asupra bazelor biologice ale economiei apei³⁾ în organism; după această concepție economia apei are la bază nu procese parțiale, ci proce e la cari la parte întreg organismul. Această problemă o adâncește la Bonn, unde este chemat, în 1924, ca „Ordinarus” și conducător al Policlincii medicale de acolo, la „Niederrheinische Gesellschaft für Natur und Heilkunde”, confirmând concepția vitalistă

¹⁾ Siebeck, R.: Ueber die Störungen des Wasser- und Salzwechsels bei Nierenkranken. 27—III—1920.

²⁾ Siebeck, R.: Die Beurteilung und Behandlung der Nierenkrankheiten. Tübingen. J. C. B. Mohr. 1920. 252 s.

³⁾ Siebeck, R.: Ueber die biologischen Grundlagen des Wasserhaushaltes. 7—XI—1922.

a lui Cl. Bernard, susținând rolul organismului ca întreg și insuficiența factorului singular în explicarea proceselor din economia apelor, o dezvoltă în anul viitor tot în cadrele acestei din urmă societăți,¹⁾ apoi o difuzează în cercuri științifice mai largi, prin discuțiile dela un congres din 1926 dela Wiesbaden²⁾ și în referatul care-l prezintă în același an la un congres general dela Düsseldorf³⁾ și expune toate consecințele care decurg din concepția sa pentru tratamentul bolilor de rinichi.

Intr-o conferință,⁴⁾ care reprezintă un pas însemnat în cristalizarea gândirii sale medicale sintetice, publicată în 1928, cuprinde problemele normative generale ale medicinei; trebuie, susține Siebeck, ca medicul să fie mult mai luminat asupra direcției medicinei contemporane și a datoriei lui în judecarea nu numai a *bolii* ci și a *bolnavului*, asupra diagnozei și asupra punctelor călăuzitoare în tratamentul bolii. Această lucrare „poartă, grațiu unuia medic și al unui om de știință bine chibzuit, larg înțelegător și experimentat”.

În 1929, pentru prima dată (cel puțin după război) îl aflăm colaborator la vechea revistă berlineză „Deutsche Medizinische Wochenschrift”⁵⁾ (D. M. W.) de data asta preocupat de probleme care îl apropie hotărât de forma gândirii lui de azi. Boala este mult mai complexă de cum se credea, ridicând în definiția ei probleme cu totul noi, ca aceea pe care Siebeck o numește „coordonare patogenetică”, bazată pe o coexistență sau o alternanță a turburărilor organice și acelor funcționale, pe întreaga structură somatică și psihică a persoanei și pe mediul înconjurător, necesitând în plus, și un „diagnostic funcțional” și o „terapie funcțională” (mai târziu aceasta primește și un caracter social). „O nouă concepție asupra îmbolnăvirii”,⁶⁾ la naștere.

Trece din nou la Heidelberg, în 1930, unde este chemat ca urmaș al prof. Rudolf v. Krehl, la catedră și director al Clinicii medicale a Universității; cu ocazia împlinirii de către acesta a vârstei de 70 ani, Siebeck se ocupă de gândirea lui, cu care gândirea sa are o vădită înrudită. În 1933 e chemat la Berlin la catedra de clinică medicală și conducător al Clinicii medicale universitare I; intră în comitetul de redacție

al revistei „Deutsche Medizinische Wochenschrift”. În 1938 este ales membru la „Deutsche Akademie der Naturforscher”, din Halle. Tot în acest timp este Decan al Facultății de medicină din Berlin. În 1941 trece iar la Heidelberg, unde se află azi, ca urmaș al prof. Stein și ca director al Clinicii Rudolf v. Krehl.

Concepția lui despre boală o prezintă, pentru prima dată în întregime cristalizată, într-o comunicare,¹⁾ o publică ceva mai târziu în (D. M. W.)²⁾ și în 1940 în volum, (11, H. 3).

Deoseblim stări organice și stări funcționale. Turburările organice sunt durabile și permanente; cele funcționale schimbătoare și reversibile, putând exista și fără schimbări organice, iar acestea, fără perturbări în randament. Organicul și funcționalul nu sunt însă fenomene independente unul de altul și nici nu se exclud prin conținut; există între ele treceri pe nesimțite și deoseblirea între ele este numai de grad. Această deoseblire este însă fundamentală pentru diagnoză și tratament.

Boala se dezvoltă din condițiuni și relațiuni multiple. Factorul constituțional este un teren pentru apariția turburărilor funcționale, care cu încetul duc la turburări organice, intrerupând la rândul lor procesele funcționale. „Se formează astfel un cerc dela turburarea funcțională la defectul organic și iar la turburarea funcțională, cerc care în patologia clinică are mare rol. (11, H. 3).

Desfășurarea funcțiunilor vegetative este astfel organizată încât să corespundă tuturor cerințelor, la omul sănătos. Dacă structura ereditară condiționează în mare măsură labilitatea vegetativă, raporturile neuro-hormonale, la rândul lui și mediul înconjurător, cât și diferite faze și împrejurări ale vieții (îmbolnăviri, etc.), le poate influența, fapte care își au importanța lor în turburările organice și funcționale. Iar, o turburare poate condiționa pe alta, sau poate coexista cu ea, simptomele fiind diferite dela un moment la altul. E ceea ce Siebeck numește, „coordonare patogenetică”.

Dar, „funcțiunile vegetative sunt în mare măsură accesibile influențelor psihice, ele sunt ancorate în personalitate, persoana vitală este „dispusă” și „dispoziția” este totdeauna corporală și psihică în același timp”. (10, H. 3).

„Cum funcțiunea vegetativă poate fi provocată de latura psihică, tot așa și procesul de reacțiune corespunzător excitațiilor somatice, poate fi declanșat de influențe psihice”. (id). În acest fel e ușor de declarat substratul „psihogen” al unei boli. Mecanismul intim însă, al acțiunii psihicului și procesele amintite, nu poate fi dovedit în mod clar. Aceasta e ceva de nepătruns în ființa noastră.

¹⁾ Conferință la „Med. Gesellsch.” Berlin 11—IV—1938.

²⁾ Siebeck, R.: Organisch, funktionell, neurotisch in Diagnostik und Therapie. D. M. W. No. 49—XII—1938.

¹⁾ Siebeck, R.: Zum biolo des Wasserhaushaltes. 7-XII-1925.

²⁾ Congres organizat de „Deutsche Gesellschaft für innere Medizin”. 12—15—IV—1926. Discuții în legătură cu problema: „Stoffaustausch zwischen Blut und Gewebe”.

³⁾ Congres organizat de „Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte”. 19—25—IX—1926. La secția „Medicină internă”, referent la problema „Wasserhaushalt” este Siebeck (Bonn).

⁴⁾ Siebeck, R. (Bonn): Ueber die Bedeutung und Behandlung von Kranken. Vorträge. Berlin, Springer. 1928. 116 s.

⁵⁾ Siebeck, R. (Bonn): Ueber Reizzustand des Magen. (D. M. W.) No. 42, Oct. 1929.

⁶⁾ Kernbach, Dr. M.: O nouă concepție asupra îmbolnăvirii. — Cu prilejul vizitei profesorului R. Siebeck. — „Țara”, Sibiu, 4 Iunie 1942.

„Turburarea reacțiilor vegetative, formarea simptomelor bolnavicioase, pot fi declanșate psihice, pe terenul unor astfel de turburări funcționale se poate ivi o îmbolnăvire organică, precum pe de altă parte influențele psihice pot fi hotărâtoare pentru echilibrarea funcțiilor și prin aceasta, pentru vindecarea bolii organice”, (id).

„Germenele bolii” poate zace fie în fizic, fie în psihic, fie într-o labilitate a lor simultană. Când anormalul zace exclusiv în sfera psihicului vorbim de reacțiuni neurotice, nu însă în orice caz de reacțiuni psihogene; acestea nu se confundă. Când reacțiunile neurotice interesează organele vegetative vorbim de „neuroze organice”.

„Boala nu are o cauză”, mai mult, ea este permanent supusă în desvoltarea ei multor și celor mai diferite condițiuni interne și externe, corporale și sufletești. Fiecare aduce în persoana sa din istoria vieții sale, momentele determinante ale îmbolnăvirii, încât fiecare își are „boala sa”. (id).

„Este delă sine înțeles că nu se mai pune problema sau a diagnosticului organic, sau a celui funcțional, sau a celui neurotic”, (id). el trebuie depistat cu grijă, în fiecare boală și la fiecare bolnav, ce anume este din fiecare aceste fenomene. „Numai concepând bine aceste momente în importanța lor, atunci înțelegem un tablou al bolii, atunci e posibilă o pe deplin satisfăcătoare „judicare a bolii”. Anamnesa e dătătoare de ton.

În ce privește *terapia*, toate prescripțiile „trebuie să aibă la bază o perfectă înțelegere a situației și personalității bolnavului, a datelor corporale și sufletești ale simptomelor ea având drept țintă readucerea lui la o viață activă și folositoare societății”. (id).

Odată cu schimbările sociale, medicul este pus în fața multor probleme noi. Siebeck, însoțit de procesul social al vremii, care pretinde medicului, sub toate aspectele ei, progrese saltante, își pune de acord gândirea sa cu noile necesități. În 1935 publică împreună cu septagenarul v. Krehl, iar mai târziu numai cu Weizsäcker, o colecție¹⁾ de lucrări sintetice de doctrină a medicinei teoretice și a medicinei sociale.

¹⁾ „Schriftenreihe zur Deutsche Medizinischen Wochenschrift” Herausgegeben von L. v. Krehl, R. Siebeck, V. v. Weizsäcker.

Medicina trebuie să devină în întregime socială; în publicațiile¹⁾ din acest timp, Siebeck dă importanță deosebită eredității, igienei rasei, grijei pentru sănătatea poporului, diagnozei sociale, terapiei sociale. Concepția lui despre boală se întregeste și se adâncește pe latura ei socială. Individul e membrul unei comunități; grija pentru bolnavul individual trebuie concepută prin grija pentru sănătatea poporului (Volksgesundheit); pentru a cunoaște formarea și evoluția tabloului clinic al bolii, trebuie dată atenție deosebită influenței mediului înconjurător, în special influențelor sociale. Terapia trebuie să se bazeze pe o cunoaștere amănunțită a situației bolnavului în viață; posibilitățile lui de viață, în muncă, în serviciu, pretind o terapie a muncii, o terapie socială.

În timpul războiului actual, merită a realiza grandioase planuri politico-sociale, legile de îngrijire ale armatei încredințează medicului datorii noi.²⁾ Puncte de vedere noi se ivesc, pe care experiența medicală forțează a le accepta. Boala (și aici Siebeck, privește întreg domeniul medicinei interne prin prisma războiului) devine o problemă legată în mod special de condițiile ei de producere și evoluție în timp de război. Medicul trebuie să aibă deschise privirile față de noile condiții de cauzalitate ale bolilor, momentane și îndepărtate. Dar în acest scop el trebuie neîndoielnic, să aibă comprehensiune față de relațiile mai largi ale vieții, ale vieții persoanei și ale legăturii ei cu comunitatea.

Dr. T. Pasculevici.

Heft 1. Ueber die Erkrankungen des arteriellen Systems. Von F. Curtius, R. Engel, H. Marx, R. Siebeck 1935. 102 s.

Heft 2. Studien zur Pathogenese. Von Viktor v. Weizsäcker 1935. 89 s.

Heft 3. Ueber seelische Krankheitsentstehung. Drei Vorträge. Von R. Siebeck, H. Schultz-Hencke, V. v. Weizsäcker. 1940. 56 s.

Heft 4. Krankheit, Lebenskrise und soziale Schicksal. Sieben Vorlesungen. Dr. Med. Habil. Werner Hollmann. 1940. 192 s.

¹⁾ Curtius, F., Siebeck, R. (Berlin): Konstitution und Vererbung in der Klinischen Medizin. Schriften zur Erblehre in Rassenhygiene. Berlin, Metzger. 1935.

Siebeck, R.: Differenzial Diagnose der Herzklappenfehler im Krankenbeurtheils. D. M. W. No. 11—1937.

Siebeck, R. (Berlin): Altes und Neues aus der Heilkunde. München. Lehmann. 1936.

²⁾ Siebeck, R.: Aussere Krankheitsursachen bei inneren Erkrankungen. D. M. W. No. 3. 1941.

Revista cărților

Tratat pentru surori-infirmiere de sugari și copii. (Lehrbuch für Säuglings- und Kinderschwwestern). Editată de spitalul de copii „Kaiserin Auguste Victoria-Haus”. Editura Ferdinand Enke. Stuttgart-W., 1942. Un volum de 586 pagini, cu 177 clișee în text. Prețul broșat RM. 5.20, legat 6.40.

Cartea de față este destinată în special surorilor infirmiere, ea se ocupă cu îngrijirea sugarilor și a copiilor mai mari. Ea rezultă din colaborarea alor mai mulți medici și surori infirmiere, cari au o experiență de ani îndelungați în îngrijirea și creșterea copiilor. Totuși s'a avut în vedere, ca lucrarea să aibă o unitate în executare și gândire și să fie pusă la punct cu cele mai noi achiziții în materia de care se ocupă.

Conținutul cărții este următorul:

Capitolul I. conține următoarele: generalități asupra profesiunii, dezvoltarea istorică a congregațiilor de surori germane, istoricul îngrijirii copilului, concepția asupra profesiunii de soră-infirmieră pentru sugari și copii mai mari, câmpul de activitate a surorilor, exercitarea profesiei în cadrele legilor și a dreptului.

Capitolul II. se ocupă cu generalități asupra igienei: principiile igienei (aer, rază, climă, sol, apă, igienă corporală, antrenament, îmbrăcăminte, locuință), dezvoltarea fizică a copilului și îngrijirea lui, gimnastica copilului, dezvoltarea psihică a copilului și îngrijirea ei, igiena surorilor-infirmiere de copii, gimnastica surorilor.

Capitolul III. se ocupă cu igiena poporului: concepție și îndatoriri, slujbașii igienei populare, măsuri pentru îndeplinirea dispozițiilor igienice, îngrijirea igienică a mamei și a copilului (natalitatea și mortalitatea).

Capitolul IV. tratează despre problema eredității și a rasei, precum și despre igiena acestora.

Capitolul V. se ocupă cu constituția corpului omenesc și cu îndreptarea constituțiilor vicioase. Aci se expune pe scurt anatomia, apoi istologia și fiziologia oaselor, articulațiilor, mușchilor, viscerelor, organelor simțurilor, etc.

Capitolul VI. tratează despre îngrijirea practică a copilului sănătos și bolnav cu toate detaliile necesare: camera, patul, cântarul, îmbrăcăminte, biberonul, baia, infășatul, alimentația. Se vorbește mai departe despre îngrijirea copilului mic și de vârstă școlară. Se insistă în special asupra îngrijirii copilului bolnav cu toate amănuntele de lipsă, dându-se în același timp tehnicile de tratament, pe cari le execută sora-infirmieră.

Capitolul VII. se ocupă cu alimentația copilului sănătos: alimentația naturală a sugarului, alimentația artificială, alimentația mixtă.

Capitolul VIII. tratează despre probleme de patologie ale sugarilor și a copiilor mici. O importanță specială se dă în acest capitol bolilor infecțioase acute întâlnite în copilărie.

Capitolul IX. expune problema primului ajutor în accidente și intoxicații.

În capitolul X. se dau dispozițiile legale și regulamentele cele mai de seamă, din legislație germană, importante pentru surorile-infirmiere de copii.

Această carte este de un real folos în primul rând pentru surorile-infirmiere de copii precum și pentru toate infirmierele și îngrijitoarele din spitale, dar ea poate fi de folos și pentru toate mamele și persoanele, care se interesează de îngrijirea și creșterea copiilor. Cartea poate fi utilizată și de medici și alte persoane, care se ocupă cu formarea și educarea profesională a infirmierelor de copii.

Conf. Dr. I. Gavrilă

Turburările de ritm ale inimii. (Clinică, Electrocardiografie, tratament) de Dr. Emil Viciu. Librăria Prometeu București.

Studiul aritmiilor a făcut cele mai mari progrese după introducerea electrocardiografiei ca metodă nouă de cercetare. Datorită metodei electrocardiografice cunoștințele noastre asupra fiziologiei și patologiei mușchiului cardiac s'au îmbogățit în mod considerabil. În această epocă au apărut o serie de tratate de mare valoare între cari cităm cartea scrisă de Wenckebach, și pe cea a lui Weil și Codina-Altes etc.

Tratatele apărute în literatura străină în ultimii ani se ocupă mai mult cu alterațiunile morfologice ale curbei electrice în diverse afecțiuni cardiace. În comparație cu lucrările mai vechi aritmiilor li s'a rezervat o parte mult mai redusă. Cercetările asupra turburărilor ritmului cardiac totuși nu au stagnat și în literatura de specialitate au apărut în continuu studii noi și interesante.

În domeniul medicinei practice pe de altă parte constatăm că medicii nu cunosc îndeajuns nici semnificația diferitelor turburări de ritm nici tratamentul lor.

În astfel de condițiuni apare în literatura românească cartea intitulată „Turburările de ritm ale inimii” de Dr. Emil Viciu.

Autorul și-a propus să facă o lucrare de sinteză și de coordonare a materialului pe care l'a găsit în literatură în legătură cu problema aritmiilor. Ca rezultat al studiilor sale ajunge la o clasificare personală a turburărilor ritmului cardiac, deosebind două mari grupuri: aritmii prin turburarea unei singure funcțiuni cardiace sub împărțite în crono-, batmo-, ino- și tonotrope și aritmii asociate.

Diversele forme sunt descrise în mod amănunțit din punct de vedere clinic, etio-patogenetic, electrocardiografic și terapeutic.

Cartea are două calități principale: cuprinde pe de-o parte un material vast extras din literatura medicală străină și română, pe de altă parte este tipărită în condițiuni tehnice excelente care fac cinste atât autorului cât și editurii. Este o lucrare pe care merită să o consulte ori ce medic care se interesează de aproape de problema aritmiilor. Este regretabil că într-o lucrare de mari proporții s'au strecurat câteva greșeli elementare în interpretarea electrocardiogramelor cari ilustrează textul. Așa de exemplu figura 28 ar vrea să reprezinte o evadare ventriculară în realitate însă al patrulea complex ventricular din această curbă electrică corespunde unei extrasistole. De altfel autorul însuși scrie că „evadările ventriculare sunt precedate de o pauză preautomată mai lungă, pe când extrasistolele sunt precoce”. Aceiași observație este valabilă și pentru figurile 113 și 114.

Electrocardiograma din figura 80 trebuie să fie interpretată ca un bloc parțial tip Wenckebach fără nici o aritmie asociată. Regularitatea ritmului sinusal (intervalele P. P. sunt egale) exclude o aritmie extrasistolică sinusală.

O bună parte din electrocardiogramele cari ilustrează textul sunt luate din colecția laboratorului de electrocardiografie al Clinicii Medicale I Cluj pe care l-am condus personal în anii 1930—1939. Cum autorul în prefață scrie că unele din electrocardiograme au fost interpretate de subsemnatul, am relevat câteva greșeli pentru a nu mi se atribui mie interpretările date de autor.

Dr. Aurel Moga

Principii în Operațiunile Obstetricale. (Grundzüge, der operativen Geburtsleitung), de Prof. Dr. August Mayer — Tübingen — Editura Ferdinand Enke — Stuttgart, 1942. Un volum de 211 pagini, cu 122 planșe. — Prețul: legat, R. M. 9,2; broșat, R. M. 8.

Autorul prin întocmirea acestui studiu, își îndeplinește, atât dorința proprie cât și a studenților săi concentrând într'un manual, cursurile făcute în domeniul operațiilor obstetricale.

Lucrarea intenționează să servească noțiunile practice în ajutorul actului de naștere. În descrierea tehnicii operatorie ale diferitelor intervenții obstetricale nu s-a mărginește numai la explicarea și interpretarea amănunțită a execuției operatorie, ci fixează în mod larg; precis și practic mai ales indicațiile și contraindicațiile operatorii aceasta o face din motivul că uneori tehnica falsă este mai puțin dăunătoare, decât o indicație greșită — fiindcă în obstetrică a nu opera este uneori arta mai însemnată și mai importantă decât a opera.

Pentru înțelegerea mai clară a patologiei obstetricale consideră să stăpânești întâi fiziologia și noțiunile Anatomico-fiziologice ale femeii. Conduc de aceasta directivă trece în revistă toate momentele în legătură cu Bazenul femeii, apoi situația fătului — prezentările normale, perioadele facerii normal — mecanismul ei — conducerea nașterii — insistă asupra pozițiilor femeii în cursul nașterii, procedeele de anestezie, asepse, anti-sepsie, etc.

Describe apoi patologia obstetricală atât din partea mamei cât și a copilului — cu indicațiile și contraindicațiile intervențiilor obstetricale — aplicarea forcepsului, cranioclasia, embriotomia etc. asupra complicațiilor, — prevenirea și tratamentul lor.

În general în lucrare autorul urmărește trei țeluri și anume:

1. Aspectul anatomic al organelor genitale feminine cât și „Transformarea lor funcțională în cursul facerii”.

2. Infățișarea operațiilor care nu se pot demonstra la fantom.

Demonstrarea cazurilor rare în obstetrică, care tocmai prin raritatea lor ajung să fie văzute chiar și de medicii cu experiență mare.

Face o recapitulare admirabilă a tuturor problemelor, care servesc la salvarea mamelor și a copilului în momentele grele ale actului de naștere.

Această carte constituie un ajutor neprețuit pentru medicii practicieni obstetricieni și pentru studenții în medicină, cu toții găsim în ea cel mai bun îndreptar în momente de ezitare și nedumerire.

Conf. Dr. Traian Popoviciu

Tratamentul dietetic al alergiilor alimentare. Planuri pentru diete și rețete. (Die diätetische Behandlung der Nahrungsmittelallergien. Diätpläne und Kochrezepte) de Dr. med. *Driedrich Dittmar*. Editura Ferdinand Enke, Stuttgart—W. Un volum de 140 pagini. Preț cartonat Rm. 6.

Maladiile alergice pe cât sunt de greu de diagnosticat din punct de vedere al etiologiei lor specifice, pe atât sunt de greu de tratat, chiar dacă s'a reușit să se evidențieze alergenul specific. Tratamentul este și mai dificil, dacă alergenul este de natură alimentară, de obicei o proteină vegetală sau animală, deoarece acestea se află în cea mai mare parte a mâncărilor pregătite. Pro-

blema pare simplă la prima vedere, dar bolnavii sau cei ce au avut de tratat asemenea bolnavi, își dau seama cât de greu se pot pregăti alimente fără urme de ouă, de lapte, de carne, de făină etc., dacă unul din aceste alimente sau un component de al lor constituie alergenul specific.

Autorul a condus mulți ani secția medicală a spitalului din Lübeck și lucrarea este rezultatul cercetărilor sale asupra celor mai dese alergii nutritive, în care a reușit să pună la punct planuri de dietă în diferite alergii și să indice mai multe sute de rețete de alimente din care să lipsească un anumit alergen.

Lucrarea recent apărută conține o parte introductivă pentru medici, precum și una pentru pacienți. În cele 30 pagini pentru medici sunt expuse principiile de tratament pe care le rezumă în următoarele:

1. Refacerea ritmului normal al meselor, cu păstrarea anumitor intervale între mese.
2. La începutul terapiei dietetice se recomandă mese reduse pentru a se evita o supraîncărcare a tractului digestiv, o prea mare intensitate a reacțiilor chimice, deci și o obținere forțată a unei noi alergii nutritive.
3. La început se recomandă un regim sec.
4. Interzicerea tuturor medicamentelor și condimentelor.
5. Dacă e vorba de insuficiențe a glandelor digestive, se începe un tratament de substituție.
6. Să se evite regimurile unilaterale „de constrângere”. (Von Noorden.)
7. Să fim atenți asupra boalelor parenchimului hepatic și să tindem la înlăturarea lor.
8. Se recomandă atenție specială asupra existenței turburărilor nealergice ale tractului intestinal și tratării lor.
9. Asanarea eventualelor focare infecțioase din organism.
10. După identificarea alergenului patogen, prin cutiereacțiuni sau prin diete de încercare sau de eliminare, se execută o dietă de carență în alergen.

11. Dacă dieta de carență, după mai mult timp, nu dă rezultate, se execută o desensibilizare parenterală sau enterogenă.

Lucrarea conține următoarele feluri de regim: dietă fără lapte, dietă fără ouă, dietă fără lapte și ouă, dietă fără carne, dietă fără lapte, carne și ouă, dietă fără făină (de grâu și de secară), dietă fără lapte, ouă și făină și un al VIII-lea capitol cu alte alergii nutritive. Fiecare fel de regim are un plan de dietă întocmit pentru două săptămâni, un număr de rețete și o listă a alimentelor gata fabricate, ce se află în comerț (în Germania), potrivite pentru regimul respectiv.

În total se găsesc 703 rețete și sunt clasate la fiecare regim după fel de mâncări: supe, sosuri, salate, prăjituri, etc.

Această carte de diete speciale este de mare folos medicilor în recomandarea regimului bolnavilor alergici, precum și pacienților, care au la îndemână un îndreptar precis, cu rețete variate.

Dr. T. Dinculescu

Revista revistelor

INTERNE

Importanța măceșilor în alimentație și în medicină. (Die Bedeutung der Hadebutte für Ernährung und Medizin). De Dr. H. Braun. „Der Landarzt” 1942. Heft 15 pag. 169—72.

Măceșile constituiesc suportul cel mai important în vitamina C. Se insistă asupra importanței vitaminei C. pentru organismul bolnav și sănătos. Se dau indicații asupra strângerii și conservării

măceșilor și asupra multelor posibilități de întrebuințare a fructelor proaspete. Se atrage atenția asupra preparatului CEVIPLANT, care pe lângă măceși mai conține și alte suporturi naturale de vitamina C. După administrarea acestui preparat vitamina C din sânge se urcă foarte repede.

După părerea lui Euler armonia naturală a vitaminei C cu celelalte substanțe din măceși, condiționează o superioritate față

de acidul ascorbic pus. În măsură mai restrânsă măceșile își mai găsesc aplicarea și ca un ușor laxativ și oiuretic.

Valorificarea diagnostică a determinărilor de calciu în ser. (Die diagnostische Verwertbarkeit von Calciumbestimmungen im Serum) de H. Jesserer. Dtsch. Med. Wschr. Nr. 19, 1942, pag. 479—82.

Raportul fiziologic între potasiu și calciu la om corespunde aproximativ: $K/Ca = 2$. Fenomene de lipsă de calciu se prezintă prin creșterea cantității de potasiu, când raportul K/Ca crește deasupra de 2.

Intru cât metabolismul potasiului și calciului constituie o unitate, numai din aprecierea cantității de calciu din ser nu se pot trage concluziuni diagnostice.

Asupra terapiei perlingvale în astmul bronchial. (Über die perlinguale Therapie des Asthma bronchiale) de Dr. H. Bellinger. Wiener Klin. Wschr. Nr. 18 p. 1942, pag. 348—50.

Aplicarea perlingvală a derivatului de adrenalină, aleudrin sub formă de tablete s'a dovedit foarte bună. Prin acest preparat se poate obține o diminuare a dispoziției pentru accese și o oprire a acceselor singuratic. Modul de întrebuințare pentru bolnav este simplu și fără nicio tulburare. Totuși medicul va da instrucțiuni precise bolnavului asupra aplicării medicamentului la începutul tratamentului. Este natural că prin aplicarea aleudrinului se face un tratament pur simptomatic al astmului, fără a fi influențată patogenia și etiologia. Astfel că recidivele sunt naturale. Totuși aleudrinul adesea dă rezultate mai bune decât alte preparate. Ca doze singuratic după experiența autorului mai potrivite sunt tabletele de 0,02 aleudrin.

*

INFECȚIOASE

Cazuri de boală din apropierea poliomielitei. (Krankheitsfälle aus der Umgebung von Poliomyelitis) de Herbert Reiser. Wiener Klin. Wschr. Nr. 18/1942, pag. 350—53.

Se comunică 5 cazuri, cari au permis de a lua o atitudine în problema poliomielitei atipice și mai ales a tablourilor clinice survenite în apropierea cazurilor de poliomielită, adică în același loc și în același timp.

Primul caz a început ca o mielită acută, apoi a evoluat ca și o formă Landry. Al doilea caz a avut tot o evoluție tip Landry. Cazul al treilea se referea la o poliomielită sigură, unde exista numai o afecțiune a nervilor cranieni și prin aceasta prezenta o formă de manifestare relativ rară a boalei Heine-Medin. Cazul al patrulea a arătat o asemănare cu al treilea. N'a fost poliomielită, la început a fost privit ca o encefalită, apoi diagnosticat ca și tumoră cerebrală. Cazul al cincilea a prezentat tabloul unei distrofii musculare tip Erb și a fost interpretat ca o poliomielită atipică având în vedere evoluția.

Forma cerebrală și intestinală a tifusului exantematic. (Der cerebrale und der intestinale Fleckfieber typhus) de Prof. Dr. Lampert. Dtsch. Med. Wschr. 1942, Nr. 21 pag. 521—525

Autorul a constatat asupra bolnavilor cu tifus exantematic din secția lui 2 forme de boală atipice: forma cerebrală și intestinală. Imparte aceste forme prezintă fenomene combinate.

Ambele aceste tipuri se deosebesc prin evoluția clinică și modul de infecție. Tipul cerebral se caracterizează prin survenirea de fenomene nervoase, și prezintă un tablou clinic foarte grav. În tipul intestinal există fenomene în predominanță cari pleacă din tubul gastrointestinal și din căile respiratorii superioare. Forma intestinală prezintă o trecere dela febra Wolhincă sau febra de tranșee la cea mai gravă formă cerebrală.

Mortalitatea la 225 bolnavi este de 13 8%.

Noi concepții asupra „actinomicozei“. (Neue Auffassungen über „Aktinomykose“) de Prof. Martin Wassmund. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. 1942, Nr. 9, pag. 197—203.

Actinomicoza este produsă de către ciuperci anaerobe care se găsesc în cavitatea bucală. Deci boala se produce nu prin o infecție exogenă ci prin una endogenă. Actinomicoza regiunii maxilo-faciale-cervicale aproape niciodată este de considerat ca urmare unui simplu accident.

Multe cazuri de boală, pe cari le considerăm actinomicoze, în realitate sunt leptotricoze. Chiar în cazurile unde se pot evidenția actinomicetele, ele nu există izolat cele mai deseori, ci în asociație cu leptotrichele, cari și ele se găsesc în cavitatea bucală. Ambele specii de bacterii filamentoase trebuiesc considerate ca agenți cauzali asociați. Autorul propune o numire de grupă „micoză filamentoasă“, care exprimă, că ambele specii de bacterii filamentoase — izolate sau împreună — pot produce aceeași micoză.

Nu în toate cazurile, unde în îmbolnăvirile cu puroi se găsesc în puroi sau în țesuturi bacterii filamentoase, este vorba de actinomicoză sau leptotricoză. Bacteriile filamentoase sunt asociate numai în calitate de saprofiți la infecțiile piogene sau putride, ei nu influențează în sine evoluția bolii, ci au numai o virulență foarte redusă sau sunt avirulenți. Imbolnăvirea se vindecă repede după o incizie simplă. Astfel de cazuri autorul le numește în opoziție cu actinomicoza adevărată „pseudoactinomicoză“ resp. „pseudo-micoză filamentoasă“.

În actinomicoza adevărată și în micoza filamentoasă adevărată trei condiții trebuiesc a fi îndeplinite: evidențierea bacteriei filamentoase va trebui făcută istologic, mai bine bacteriologic. Imbolnăvirea trebuie să aibă o evoluție cronică, și trebuie să aibă o predispoziție la o extensiune continuă.

Tratamentul cu Rhoden în îmbolnăvirile bacteriene inflamatorii. (Rhodanbehandlung bakteriell-entzündlicher Erkrankungen) de Dr. A. Kessler. Dtsch. Med. Wschr. Nr. 22, 1942, pag. 555—558.

Autorul a încercat o nouă posibilitate în tratamentul proceselor inflamatorii bacteriene cu preparate de Rhodan. Având în vedere însă numărul redus de cazuri, n'a putut să dea o concluzie definitivă în privința acțiunii acestor preparate. Totuși prin cercetările de față se exprimă dorința, ca acțiunea Rhodanului să fie încercată mai ales contra proceselor inflamatorii cu bacili tuberculoși, cu stafilococi, cu bacilus abortus Bang. I. G.

*

OTO-RINO-LARINGOLOGIE

Sindrom paralic al nervilor cranieni, tip Garcin incomplet, consecutiv unui carcinom al rino-faringelui. (Syndrom paralytique des nerfs craniens type Garcin incomplet consécutif au carcinome du rhino-pharynx) de G. Buzoianu și G. Popovici. Revista Științelor Oto-rino-laringologice, fondată în Cluj, Nr. I—II 1942, pag. 19, Sibiu.

Un pacient în vârstă de 45 ani prezintă o paralizie unilaterala a nervilor cranieni V—XII, plus paralizia simpaticului cervical de aceeași parte. În ceea ce privește nervul vestibular de partea bolnavă se constată un sindrom vestibular armonios spontan dintre cele mai nete. Rinoscopia posterioară arată o masă neregulată infiltrată în rino-faringe la stânga și un fragment biopsic ridicat pe cale nasală arată prezența unui carcinom bazo-celular. Nu există nici un semn de hipertensiune intracraniană, nici un semn cerebelos și nici un semn piramidal. Compresiunea paralică a nervilor cranieni se exercită deci sigur la exteriorul cutii craniene, pe fața exocraniană a bazei. Sindromul vestibular armonios demonstrează că invadarea celei de a VIII-a pereche (ramura posterioară) a avut loc prin invadarea oaselor bazei piramidei deci a vestibulului periferic și nu prin invadarea intracraniană a nervului. Pentru a fi realizat un adevărat sindrom Garcin, lipsește paralizia primelor patru perechi craniene, este adevărat

că evoluția ulterioară a tumorii va da această paralizie completă și că nervii rămași liberi vor fi prinși la rândul lor.

Desvoltarea tumorii s'a făcut mai ales în partea posterioară decât în partea anterioară a bazei craniului. Sindromul nostru paralytic nu cuprindea decât perechile nervilor cranieni stângi menționați: V. VI. VII. VIII. IX. X. XI. XII, și simpaticul cervical. Nu s'a putut prescrie acestui bolnav decât radioterapie profundă și injecții opiacee pentru calmarea durerilor provocate prin compresiunea trigemenului.

Sindromul acestei paralizii multiple a nervilor cranieni V—XII poate fi clasat lângă sindromele bine cunoscute și anterior descrise care intră în același cadru: sindromele Vernet, Villaret, Collet Sicard, Jacod, Gradenigo canceros și Garcin.

Activitatea operatorii a clinicii oto-rino-laringologice din Cluj în decursul anului 1940. De J. G. Russu și M. Iubu. Revista Științelor Oto-rino-laringologice, fondată în Cluj, Nr. I-II, 1942, pag. 30.

Consecvenți tradiției române dela Cluj, autorii trec în revistă activitatea operatorie a Clinicii O.R.L. în timpul anului 1940. Media fiecărei luni reprezintă un număr de 195 intervenții. Autorii au recurs la o medie căci activitatea corespunde numai primelor opt luni a anului, evacuarea Clujului fiind făcută în luna Septembrie 1940. Raportată la organele asupra cărora intervenția a fost făcută, statistica ne dă proporția următoare: operațiuni la nivelul buco-faringelui, rino-faringelui și a regiunii cervicale 68,23%; operațiuni asupra laringelui, tracheei, bronhiilor și esofagului 4,83%; operațiuni la nivelul foselor nasale și cavităților anexe 19,45% și operațiuni asupra urechii și anexelor sale 7,49%.

Concluziunile care reies sunt: 1. Activitatea clinică în timpul anului 1940 se menține la nivelul ridicat al anilor precedenți; 2. Realizațiunile chirurgicale sunt din ce în ce mai importante; 3. Școala de specialitate dela Cluj are un loc bine determinat în știința românească.

I. G. R

*

DERMATO-VENEROLOGIE

Terapia sulfonamidică a gonoreei. (Sulfonamidtherapie der Gonorrhoe) de Loos. Derm. Wschr. 1941—781.

Autorul expune rezultatele obținute pe 124 cazuri (98 B. — 26 F.) tratate cu Eleudron (Cibasol). După primul atac terapeutic 20,4% B. și 38,4% F. prezentau încă Gc. După al doilea atac 1,1% B. (și aceștia prostatici cronici). Ca durată a tratamentului, autorul a obținut rezultatele în 14,3 zile pentru gonoree, 19,3 pentru epididimite, iar la femei în medie 19,6 zile. 50 bolnavi au primit timp de 3 zile câte 10 tablete Eleudron, pe lângă administrarea vaccinului. După tratamentul acesta autorul recomandă 3 provocări. Eleudronul prezintă o tolerabilitate perfectă, care este superioară celorlalte preparate similare, cărora le este superior și prin puterea mare de resorbție, eliminarea rapidă, toxicitatea redusă și siguranța terapeutică. În vulvo-vaginitele infantile autorul a utilizat doza de 0,25% gr/Kgr. greutate, 4—5 doze repartizate pe timpul unei zile. Dozarea Eubasin-ei o dă sub forma de 3 ori 5 tablete timp de 2 zile.

Preparatele cele mai eficace dintre sulfonamide sunt reprezentate de către Eubasin și Eleudron. Complicațiile (eritrodermii, agranulocitoză) pot fi considerate ca inexistente, mai ales în cazul Eleudron-ului. Doza de aplicare terapeutică trebuie să fie de 8—10 gr. în timp de 24 ore. Cu această doză se obține în medie 80% vindecări. Dacă după primul atac apare recidiva, doza poate fi repetată după o pauză de câteva zile. Un număr redus de bolnavi nu reacționează la sulfonamide. La aceștia se crede că dozarea medicamentului ar fi de învinovățit.

Dr. Emil I. Bologa

Terapia vitaminică a pruritului, leucoplaziei și a kraurozei vulvare. (Vitaminbehandlung des Pruritus, der Leukoplakia und Kraurosis vulvae) de Kuncz. Zbl. Gynec. 1941, 39.

Cercetările care au la bază reacția lui Dellamartina-Mester au dovedit că complexul morbid al pruritului, leucoplaziei și a kraurozei vulvare, ar fi datorit unei carențe în vitamina A și în complexul B. Carența poate avea la bază un deficit al vitaminelor în alimentație sau o resorbție insuficientă a acestora la nivelul tractului intestinal. Fenomenele morbide pot fi bine influențate prin administrarea de preparate vitaminice, alimentație bogată în vitamine, precum și prin acțiunea de diminuare a tonusului simpatic ce o exercită dozele mici de chinină. La bolnavii care prezintă o hipotireoză, autorul recomandă administrarea concomitentă a preparatelor de tiroidă.

Dr. Emil I. Bologa

Tratamentul congealațiilor cu Cyren. (Behandlung von Erfrierungen mit Cyrensalbe). de W. Heyde FRschr. Ther. 1941 7.

Autorul, inspirat de rezultatele lui Wobker în tratamentul congealațiilor de gradul 1 și 2 cu Progynon sub formă de pomadă, utilizează în tratamentul congealațiilor 1 și 2 „Cyren A” (Bayer), preparat similar de foliculină. Un gram de pomadă conține 1 mgr. Dietiloxistilben, ceea ce corespunde cu un minimum de 2,5 mgr. oestron acțiune asupra uterului (25.000 U). 15 cazuri de congealații grad. 1 și 2 au arătat o evoluție favorabilă spre vindecare în urma aplicării acestui preparat. Pomada foliculinică a fost aplicată de 3 ori zilnic sub formă de masaj cu o durată de 5 minute. În cazul ulcerărilor recente durată vindecării este de 8—12 zile, iar în ulcerărilor reduse epitelizarea a început 48—72 ore dela începerea tratamentului. Pacienții au semnalat senzația unei călduri la nivelul aplicării medicamentului. Autorul a aplicat Cyren-ul ca profilactic pe ureche și a constatat că prin aplicarea acestuia pot fi suportate fără consecințe temperaturi de 22°.

Dr. Emil I. Bologa

Un tratament ieftin și simplu al scabiei. (Einfache und billige Behandlung der Krätze) de Wawersig. Med. Welt 1942, 5.

Este vorba despre un procedeu preconizat în Bulgaria în cadrele armatei și experimentat pe 100 de cazuri în Spitalul Virchow. Bolnavii vor fi fricționați zilnic timp de 3 zile de 2 ori pe zi câte 5 minute cu o soluție de Tiosulfat 60%. După uscare (aprox. 5 minute) vor fi fricționați cu o soluție de Cl. H. 6% în același mod. Se produce astfel sulf, care nu aduce cu sine acuze subiective, având o acțiune distructivă electivă. Procedul este cât se poate de eficace mai ales în cazurile incipiente, în cazurile mai vechi și impetiginate sau exematizate aplicându-se în plus o unctie cu unguent sulfuric 30%. Tratamentul este ieftin și poate fi aplicat ambulatoriu. Alt avantaj este crușarea albiturilor.

Dr. Emil I. Bologa

Importanța sistemului nervos autonom față de afecțiunile cutanate și tratamentul acestora. (Beziehungen des autonomen Nervensystems zu Hautkrankheiten und deren Behandlung) de Ruete. Med. Welt 1942, 3.

Autorul admite că în producerea unor afecțiuni cutanate pe lângă alți factori, sistemul nervos autonom ar avea un rol important. Cercetările lui Halter au arătat că modificările circulației locale, pot fi făcute responsabile în producerea exemelor fapt pentru care este de luat în considerare acțiunea sistemului nervos vegetativ. Terapeutic va trebui deci în aceste cazuri să aplicăm medicamente care vor activa în sensul unei regulări a sistemului nervos vegetativ, a excitabilizării sistemului nervos vascular. Acest scop a fost atins prin administrarea Bellergal-ului. Sau obținut rezultate în lichenul ruber, mai puțin în lupusul eritematos, foarte bune în neurodermii și anumite forme de exeme atât acute cât și cronice, cât și în dermatozele interes pruriginoase. Preparatul a fost administrat pe lângă tratamentul local obișnuit,

mai ales dacă era prezentă o labilitate simpatică sau parasimpatică. Doza va crește până la 2 ori 3 tablete pe zi.

Dr. Emil I. Bologa

Roentgenterapia profundă în mal perforant din tabes dorsal. (Roentgentiefbestrahlung des Mal perforant des Tabes dorsalis) de R. Brett. Fsch. Ther. 1941, 8: 37.

Rezultatele obținute de Secția Dermatologică a Spitalului Rudolf-Virchow din Berlin prin Roentgenterapie în mal perforant, constituie articolul de față. Această terapie a fost admisă ca cea mai indicată și cu rezultatele cele mai favorabile. Depinzând de reacția ulcerăției s'a aplicat 3—5 ori în timp de 5—7 zile iradierea. Doza pro mal între 120—200 r. Filtru s'a utilizat filtrul de cupru de 0,4 mm. grosime. Intensitatea 180 Kw, 3 m. A., ca durată 2, 7—3 minute, focus 30 cm. Pe lângă iradiere s'a aplicat la 3 pacienți cure unctionale (până la 180 gr.) la 4 pacienți cu Kal. jod. (12,0:200), într'un caz cu injecții de calomel și în alt caz cu o cură de Pyrifer. În toate aceste cazuri acțiunea iradierii a fost mai favorabilă ca în aplicarea metodelor mai vechi. Controlul după 1/2—1 an a dovedit durabilitatea rezultatelor terapeutice de acest fel.

Dr. Emil I. Bologa

Ungventul sulfuric. (Schwefelsalben). Ther. der Gegen. 1942, 160.

Sulful sublimat și cel depurat sunt inutilizabile pentru ungvent, din cauza mărimii particulelor. Sulful trebuie să se prezinte sub o formă foarte fină, ceea ce îndeplinește de ex. sulful precipitat. Ca excipient, vaselina este nepotrivită, pentru că sulful se disolvă mai puțin în ea și pe de altă parte vaselina nu poate absorbi apa. Excipientul trebuie să fie ușor resorbabil. Eucerina, un amestec de oxicoleserină cu ungvent parafinat, îndeplinește aceste condițiuni.

Un ungvent sulfuric activ este de ex.:

Rp. Sulf precip. 10,0

Eucerină anhid. 50,0

Apă dest. ad 100,0

M. f. ung. v.

Dr. Emil I. Bologa

(C. R. SPITALUL DE BOLI SOCIALE, BRAȘOV)

★

GINECOLOGIE

Influența castrațiunii asupra tumorii canceroase. (Der Einfluss der Kastration auf das Krebswachstum) von Dozent Hans Baatz, Berlin. Zentralblatt für Gynäkologie Nr. II/1941

Concluziuni: I. Poate fi admis ca sigur, că castrarea prejuvenilă împiedică formarea carcinomelor mamare sau că împiedică creșterea lor. Pentru terapia carcinomelor această descoperire nu se poate exploata, deoarece nu este justificată castrarea tinerelor fete, fie chiar cu dispoziții ereditare cât de accentuate.

II. O castrare profilactică care trebuie să împiedice formarea de tumori secundare transplantate, n'a dus în diferitele experiențe, la diferite intervale la o împiedicare a creșterii, ci din contră la o creștere mai pronunțată. Aceasta corespunde numeroaselor observări a cercetătorilor. Chiar un interval de 90 zile între castrare și injectare n'a împiedecat creșterea tumorilor, ci chiar și atunci se constată o creștere pronunțată.

III. O castrare în timpul acțiunii ovariene (castrare târzie) dacă se execută în prezența unei tumori deja existente, are ca urmare o accentuare a creșterii tumorii, indiferent în ce fel de relație temporală este față de suprainjectarea tumorii. Pentru terapie rezultă de aici că castrarea de dinaintea operației sau concomitentă cu operația sau după operație în cazul carcinomelor mamare nu influențează în bine asupra creșterii cancerului, ci prin intervenția extrem de adâncă în aparatul încretoric a întregului organism se întărește creșterea cancerului deja prezentă.

Creșterea extrem de rapidă (șirea) pe animale castrate asupra cărora s'a transplantat adenocarcinomul, cât și influența asupra creșterii tumorilor prezente prin castrare arată că nu trebuie să vedem prin această intervenție un mijloc terapeutic, ci, că castrarea pentru creșterea cancerului, prin transpunerea în mediul hormonal produce împrejurări favorabile.

Posticescu

★

MEDICINĂ LEGALĂ

Anonimitate și sexualitate. (Anonymität und Sexualität) de Prof. Johannes Dück, München-Dtsch. Zt. f. d. gesmt. gerichtl. Med. 34, Bd., pg. 534.

Statistica de mai jos (pe 587 cazuri), arată o proporție de șase ori mai mare a motivelor sexuale ale scrisorilor-anonime ale femeilor, decât ale bărbaților.

	Bărbați %	Femei %
scrisori fără conținut sexual	57,5	26,7
scrisori cu conținut sexual	8,5	55,0
Diferite	34,0	18,3
Total %	100	100
Totalul cazurilor pe sex	351	206

Raport homosexual mortal al unui bărbat cu un câine. (Männliche homosexuelle Betätigung mit einem Hunde mit Todeserfolg) de Dr. Wollenweber, Dortmund-Dtsch. Zt. f. d. gsmt. gerichtl. Med. Bd. 34, pg. 457.

Cazul este foarte rar. Un pacient se prezintă la spital cu o rană în regiunea anală, pretinzând că aceasta se datorește unui accident. Medicul exprimându-și îndoiala că acesta i-ar spune adevărul, pacientul mărturisește că a avut raporturi sexuale anale cu un câine; că el introducând penisul câinelui în anusul său, acesta prin mișcările lui ritmice de împingere i-a produs o rană în această regiune și că acuză dureri vii în anus și în bazin.

Pacientul e în etate de 57 de ani. La examinare prezintă o apărare musculară abdominală și o sensibilitate la palpare. În regiunea anală în partea dreaptă, prezintă o rană de 1—2 cm. sangvinolentă. Prin tușeu digital se constată că rana se prelungește sub formă de ruptură și în rect; același lucru se constată și prin rectoscopie, în plus coaguli de sânge.

Se intervine chirurgical sub narcroză generală. La deschidere în cavitatea abdominală se găsește un lichid sero-sangvinolent, chiaguri de sânge, miros fetid, pe întinse depozite fibrinoase. În Douglas se găsesc două perforațiuni, cea din dreapta mai mare ca cea din stânga.

Pacientul moare.

La autopsia medico-legală se găsesc următoarele: o ruptură în regiunea anală lungă de 1—2 cm., interesând pielea în toată grosimea ei, trecând în musculatură adâncă de 1 cm., având marginile ca tăiate, vârfurile ascuțite; în micul bazin un lichid roșu-gălbui în cantitate de aprox. 30 cc; intestinale netede și licioase, în unele părți de culoare roșie închisă și acoperite cu depozite; peretele posterior al vezicii este de culoare roșie tulbure; Douglasul suturat cu 16 fire de mătase; pe partea anterioară a rectului, două răni sângerânde, spintecate, una lungă de doi cm., alta neregulată rotundă, ambele interesând întreg peretele rectului. Peritoneul micului bazin e îmbibat cu un lichid serios ușor tulbure.

Din concluziuni rezultă că moartea se datorește peritonitei consecutive leziunilor rectului, cari ca și acelea ale anusului sunt produse de un obiect ascuțit, a cărei natură nu se poate preciza. Din istoricul bolii se deduce că peritonita se datorește rupturii rectului în urma unui raport homosexual anal cu un câine. După mărturia pacientului era vorba de un Dobermann puternic.

Conformația penisului la câinii mari de pază poate explica leziunile acestui bolnav. Din relatările specialiștilor veterinari, rezultă că penisul acestor câini posedă în porțiunea anterioară un os („os priapi”), în formă de sondă canelată cu concavitatea pe peretele inferior al uretrei, începând din gland cu un cartilagi și întinzându-se înapoi, lung de 8–11 cm., până la o formațiune

turgescență în formă de ceapă, cu rolul de a menține penisul în vagin în timpul copulației.

Cazul e extrem de rar, întrucât în mod obișnuit actele pederastice ale omului se petrec între femei și câinimasculi și între bărbați și animale femele.

Dr. T. Pasculovici

Note și informațiuni

Decrete — Deciziuni

Prin Deciziunea Ministerială Nr. 12.600 din 19 Mai 1942, d-ra Dr. Mehedinti Ana Pia se numește pe ziua de 1 Iunie 1942, pe termen de 3 ani, în postul de medic secundar la spitalul de boli mintale și nervoase din Sibiu, pe baza concursului de medici secundari, depus la Sibiu în anul 1941, publ. în Mon. Of. Nr. 122/29 Mai 1942.

Prin Dec. Min. Nr. 9513 din 1 Mai 1942, publ. în Mon. Of. Nr. 122 din 29 Mai 1942, se numesc medicii secundari pe ziua de 1 Iunie 1942, pe termen de 3 ani, în posturile alese în ordinea clasificării, pe baza concursurilor depuse la Iași:

Dr. Tănăsescu Ioan, la Spitalul „Borș” din Tg. Frumos, jud. Iași, serviciul chirurgie.

Dr. Malot Gheorghe, la Spitalul „Precista Mare” din Roman, serviciul chirurgie.

Dr. Bădărău Gheorghe, la Spitalul „Sf. Spiridon” Iași, clinica I medicală.

Dr. Golăescu Marla, la Spitalul Izolarea, Iași.

Dr. Nechita Eugen, la Spitalul Izolarea din Galați.

Dr. Plămădeală Boris, la Spitalul „Precista Mare” din Roman, serviciul de boli interne.

Dr. Florian Coriolan, la sanatoriu TBC Biserican, jud. Neamț.

Prin Decizia Min. Nr. 9514 din 1 Mai 1942, publ. în Mon. Of. Nr. 122 din 29 Mai 1942, se fac următoarele numiri de medici secundari pe termen de 3 ani, în posturile alese în ordinea clasificării, pe baza concursului depus la Sibiu:

Dr. Iosif Lazăr, la spitalul Mediaș, serv. chirurgical.

Dr. Dumitru Bucheru, la spitalul Oravița, serv. chirurgical.

Dr. Dumitrescu Paul, la spitalul de stat Timișoara, serviciul I chirurgical.

Dr. Cristea Dumitru, la spitalul Lipova, serv. chirurgie.

Dr. Lazăr Gheorghe, la spital Gh. Mărzescu, Brașov, serv. interne.

Dr. Olariu Enea, la spitalul Oravița, serv. interne.

Dr. Bârle Henrieta, la spitalul Lugoj, serv. interne.

Dr. Metz Alfred, la spitalul Lugoj, serv. contagioase.

Dr. Jacob Tiberiu, la spitalul Târnăveni, specialitatea chirurgie generală.

Dr. Butean Romul, la spitalul Turda, serviciul interne.

Dr. Bologa Emil, la spitalul Gh. Mărzescu, Brașov, serv. dermato-venerice.

Dr. Motogna Alexandru, la spitalul central Arad, serv. dermato-venerice.

Dr. Șelțan I. Ionel, la spitalul de ochi, Brașov.

Dr. Iuliana Ursu Graepel, la sanatoriu TBC, Arad.

Dr. Mihăilescu L. Moise, la spitalul Turda, serv. obstetrică și ginecologie.

Dr. Zaharia Alexandru Constantin, la spitalul St.ghișoara, serv. obstetrică și ginecologie.

Dr. Ion Diaconescu, la spitalul Făgăraș, specialitatea boli interne și contagioase.

In Mon. Of. Nr. 115/20 Mai 1942, s'a publicat Regulamentul Nr. 13 pentru ocuparea posturilor de medici secundari de spitale și de medici asistenți la laboratorile de igienă și analize.

In Mon. Of. Nr. 122/29 Mai 1942 s'au publicat: „Norme privind studenții și absolvenții Facultății de Medicină”:

Art. 1. Niciun *student sau absolvent* al Facultăților de Medicină din țară nu va putea ocupa un post de agent sanitar, infirmier, soră infirmieră, moașe, etc. Cel ce ocupă astfel de posturi se socotesc demisionați pe data de 1 Iunie a. c.

Art. II. Studenții Facultăților de Medicină vor putea ocupa numai posturi de externi și interni, în urma unui concurs. Studenții Facultăților de Medicină vor putea fi numiți în mod provizoriu în posturi de interni și externi dacă s'au prezentat la concursurile respective și au fost declarați reușiți.

In Mon. Of. Nr. 131 din 9 Iunie 1942, s'a publicat Dec. Min. Nr. 17.363/1942, prin care se decide:

Art. I. Internii în medicină care își susțin teza de doctor în medicină și chirurgie în vederea încorporării lor pentru stagiul militar pot să-și continue stagiul legal de internat după satisfacerea serviciului militar.

Min. Săn., Ocr. Soc. prin Deciziunea Nr. 18.722 publicată în Mon. Of. Nr. 136 din 15 Iunie 1942, având în vedere cererile farmaciștilor și farmaciștelor concesionari mobilizați în zona de operațiuni militare sau la spitalele Z. I. a Decis:

Art. I Farmaciștilor și farmaciștelor concesionari de farmaci pe baza decretului publicat în Mon. Of. Nr. 93 din 22 IV. 1942, mobilizați operativ sau la spitalele Z. I. li se acordă o prelungire de 60 zile dela data demobilizării, pentru a putea pune în funcțiune farmaciile.

Art. II. Această pășuire se acordă farmaciștilor și farmaciștelor care n'au deschis farmaciile până la data publicării în Mon. Of. a prezentei deciziuni și celor care vor face dovada că au fost mobilizați înainte de 15 Iunie 1942.

Prin deciziunea Nr. 19.866 publicată în Mon. Of. Nr. 136/15 VI. 1942, se instituiesc juriile de examinare pentru examenele de clasificarea medicilor primari de specialitate, care vor avea loc cu începere dela 18 Iunie 1942.

M. M. S. O. S. în Mon. Of. Nr. 137 din 16 Iunie 1942, publică Tabloul de medici care au absolvit cursurile de specializare în igienă, la Institutele de Igienă și Săn. publică din țară și care au reușit la examenul de diplomă, ținut la 23 Februarie 1942.

Prin deciziunea ministerială Nr. 14.720 din 28 Mai 1942, publ. în Mon. Of. Nr. 138 din 17 Iunie 1942, d-l Dr. Graur Ion, medic primar la spitalul din Rădăuți, se numește președinte al Comisiunii Interimare a Colegiului medicilor, secția Rădăuți.

Posturi vacante

În Mon. Of. Nr. 120/27 Mai 1942, M. C. N. și C., Nr. 108.809/1942, publică vacantă catedra de Medicină Socială dela Facultatea de Medicină din București.

M. S. O. S., în Mon. Of. Nr. 122/29 Mai 1942, aduce la cunoștință că în ziua de 1 Iulie 1942 ora 9, va avea loc la București în localul Min. din Calea Plevnei Nr. 19, prima ședință a concursului pentru ocuparea a 6 posturi de medici secundari de spitale specialitatea boli interne și contagioase în următoarele servicii de boli interne ale spitalelor:

- a) Spitalul Preda din Craiova,
- b) " Gracescu din Tr. Severin,
- c) " Boli interne — Ploesti,
- d) " Călărași,
- e) " Slatina,
- f) " Boli contagioase — Craiova.

Cererile de înscriere se vor adresa cu 10 zile libere înainte de data începerii concursului Min. Săn. Ocr. Soc., Calea Plevnei 19.

Condițiunile de admitere sunt publicate în Mon. Of. mai sus menționat.

M. C. N. și C. în Mon. Of. Nr. 124/31 Mai 1942, publică vacante următoarele catedre și conferințe:

- Dela Facultatea din București:
- Catedra de clinica boalelor contagioase,
- " " " chirurgică ortopedică,
- " " " oto-rino-laringologică,
- " " Dermatologie,
- " " Anatomie,
- Conferința de chimie generală medicală.
- Dela Fac. de Med. Cluj—Sibiu:
- Catedra de Istologie,
- " " Balneologie,
- " " Igienă.

Bibliografie

din sumarul revistelor streine primite la redacție

Analele Institutului Victor Babeș din București. Volumul IX, 1938, Seria a II-a:

TABLE DES MATIERES:

Angiolani S.: Breve riassunto del trattamento dal antirabico dal 1924 al 1937 del Instituto Antirabico di Ancona	1
Bălțeanu I.: Considérations sur les accidents paralytiques (Résumé).	4
Boecker E.: Über einige zweckmässige Ergänzungen der statistischen Berichte über die Wutschutzbehandlung.	6
Bobes S.: Prophylaxie générale de la rage en Roumanie (3 tableaux).	11

Botez M.: La diffusion du virus rabique dans la région occidentale de la Roumanie.	Page 35
Bujwid O.: Les premières étapes de la méthode Pasteur et l'origine des établissements pour les inoculations antirabiques à Varsovie et Cracovie.	39
Caldevilla R.: Un caso demonstrativo de modificaciones del virus callajero de la rabia	43
Crăciun E. et Ionescu D.: Le problème de la decentralisation du traitement antirabique.	47
Gerlach F.: Über die Morphologie des Virus der Tollwut.	62
Gonzalez P.: Las vacunaciones antirabicas efectuadas en España desde Julio de 1936.	67

- Ghodessi M.: Législation sanitaire de l'Iran pour la prophylaxie de la rage. 76
- Jonnescu D.: Recherches sur la virus fixe à lapin de l'Institut Babes 78
- Jonnescu D.: Infection rabique mortelle autostérilisable, chez un chien avec imunité naturelle. 85
- Jonnescu D.: Cinquante années de vaccination antirabique à l'Institut „Dr. V. Babeş”. 89
- Jezić I. et Kordnja, E.: Sollen wir Hunde mit lebenden oder abgetöteten Virus fixe preventiv gegen die Wut impfen? 106
- Jezić I. et Kordnja, E.: Contribution à l'étude de l'hypermensibilité spécifique de la rage. 110
- Levaditi C., Krassnoff L., Reinié L. et Bequignon R.: Ultrafiltration du virus rabique 114
- Lépine P. et Mlle Sautler V.: La méthode rapide de diagnostic de la rage. 123
- Lewthwaite R. and Savor S. R.: Rabies in British Malaya. Its Extent and its Control. 130
- Lewthwaite R. and Savor S. R.: Resumen de los trabajos sobre rabia y reglementación. (La Pax, Bolivia). 134
- Murat E. et Beguet M.: Remarques sur la statistique du service antirabique pendant 43 ans à l'Institut Pasteur d'Algérie. 137
- Marinescu G. et Stroescu G.: Sur la nature des corpuscules de Negri. 140
- Marinescu G., Craciun E. et Roşca V.: Contribution à l'étude du virus rabique in vitro. 155
- Minea I.: Sur le traitement des paralysies post-vaccino-antirabiques par les ondes courtes. 164
- Novi I.: Attivita dal 10 Luglio 1889 al 31 Dicembre 1937 del Istituto Antirabico di Bologna. 166
- Nicolau S.: La septinévrite rabique et quelques conséquences théorétiques découlent de son étude. 169
- Remlinger P.: Sur une forme douloureuse d'accident paralytique du traitement antirabique 196
- Schwentker F.: The etiology of encephalomyelitis following antirabies vaccination. 202
- Schürkrü-Aksel I.: Sur la nature des corpuscules de Negri. 205
- Strimpl V.: Sur la libération du virus rabique. 212
- Tunçmann Muammer Z. et Schürkrü-Aksel I.: Étude clinique, histologique et expérimentale de maladie d'Aujeszky (pseudo-rage) en Turquie. 218
- Virga E.: Le vaccinazioni antirabbiche dal 1902 al 1935 (Palermo). 233
- Virga E.: Sulla virulenza e sulla resistenza ai vari agenti di attenuazione del virus rabbico fisso. 236
- Volumul X, 1939, Seria a II-a:
- Crăciun E. C. şi Dan Bacalogu: Asupra ulcerului experimental de stomac, la epure (8 figuri). 1
- Ursu Al., E. R. Teodorescu et G. Vrejoiu: Sur la lipogranulomatose (26 microphotographies). 17
- Vasilescu C. et Petrescu S.: Constatations anatomo-pathologique faites à l'autopsie des nourrissons vaccinés par le B. C. G. sur 141 cas, observations comparatives avec les lésions trouvées chez 245 enfants non vaccinés. 61
- Vich A. y Rey F.: Sobre la Filaria hispalensis n. sp. Vich y Rey, 1938 (2 fig.). 109
- Wiener Klinische Wochenschrift, Nr. 18 vom 1. Mai, 1942.**
- Die Frau im Laufe der Zeiten als Heilerin und Helferin des Arztes: Lejeune F.
- Die Prostitution: Wiedmann.
- Über die perlinguale Therapie des Asthma bronchiale: Bellinger H.
- Krankheitsfälle aus der Umgebung von Poliomyelitis: Reiser H.
- Nr. 19 vom 8. Mai, 1942.**
- Die Frau im Arbeitseinsatz: Neuber K.
- Schönheitspflege: Antoine L.
- Welche Ursachen haben Krämpfe im Kindesalter?: Hamburger F.
- Über einen Fall von Hyperemesis gravidarum.
- Nr. 20 vom 15. Mai, 1942.**
- Die Abtreibung: Meixner K.
- Grenzen und Zielen der Heilpädagogik: Jekelius E.
- Über Knochenmarksfunktion im Lichte der Sternalpunktion. Evolution und Proliferation des leukopoetischen Systems bei Infektionen und Intoxikationen: Kienle F.
- Die Körperpflege der Frau: Lauda E.
- Welche Möglichkeiten der operativen Therapie der Lungentuberkulose bestehen derzeit?: Sattler A.
- Nr. 21 vom 22. Mai, 1942.**
- Verwendung der Sulfonamidpräparate: Hegler C.
- Wie richtet man eine Schulterluxation ein?: Ewald K.
- Der akute Nebennierenausfall: Kup, J. v.
- Welche Möglichkeiten der operativen Therapie der Lungentuberkulose bestehen derzeit? Wie können sie aktiviert werden?: Schneider.
- Nr. 22 vom 29. Mai, 1942.**
- Wiederkehr des Todestages von Theodor Meynert: Albrecht O.
- Ars amandi in matrimonio: Albrecht O.
- Über das Auftreten von Harnröhrenfisteln bei Rückenmarkschädigungen: Huber K. und Kyrle P.
- Über die klinischen Zustandsbilder und die Verlaufsformen der infektiösbearbeiteten progressiven Paralyse: Krispin-Exner W.
- Über traumatische „seröse Meningitis”: Schneider H.
- Nr. 23 vom 5. Juni, 1942.**
- Geregelte Schwangerschafts- und Wochenbettspflege: Amreich A. I.
- Über Coliinfektion der ableitenden Harnwege und ihre Behandlung: Strasser.
- Zur fluoreszenzmikroskopischen Darstellung von Tuberkelbazillen im Gewebe: Pass G.
- Mitteilung über die Anwendung der direkten Blutbestrahlung mit Quarzlicht beim Menschen: Pranter V.
- Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 18 vom 1. Mai, 1942.**
- Franz Vollhardt zum 70. Geburtstag: Litzner.
- Über kachektische Oedeme bei der diffusen Glomerulonephritis: Nonnenbruch.
- Über die Ursachen der Blutdrucksteigerung beim essentiellen Hochdruck: Rühl.
- Zur Entstehung und Behandlung des arteriellen Hochdrucks: Enger.
- Psychotherapeutische Behandlung des Hochdrucks: Schultz.
- Blutdrucksteigerung bei Jugendlichen und ihre Beurteilung: Sarre.
- Über Entstehungsweisen und Behandlungsmöglichkeiten der Myokarddurchblutungsstörung: Kampmann.
- Nr. 19 vom 8. Mai, 1942.**
- Aktuelle Enzephalomyelitisformen, ihre Diagnostik und Therapie: Kretschmer.
- Ulcusbehandlung mit Percorten: Koehler und Fleckenstein.
- Die diagnostische Verwertbarkeit von Kalziumbestimmungen in Serum: Jesserer.
- Über Wirkung und Anwendungsbereich des humoralen Überträgerstoffes Azetylcholin: v. Hueber.

Nr. 20 vom 15. Mai, 1942.

Die gerichtete Atelektase als ein wertvolles Symptom in der röntgenologischen und klinischen Differentialdiagnostik: Strnad.

Weitere experimentelle und klinische Untersuchungen über die galletreibende Wirkung eines synthetisch gewonnenen Bestandteiles der Kurkuma: Kalk.

Rückenschmerzen und Spondylolisthesis im Wehrdienst: Pannhorst

Geben die Testseren A, B, O zuverlässige Befunde, darf man mit ihnen die Eignung eines Blutempfängers oder -spenders feststellen?: Messerschmidt und Hadders.

Nr. 21 vom 22. Mai, 1942.

Über Erfrierungen: Moser.

Rhodanbehandlung bakteriell-entzündlicher Erkrankungen: Kessler.

Der „sogennante katarrhalische Ikterus“ (Eppinger) und die Hepatitis epidemica. Mit besonderer Berücksichtigung ihres Verhältnisses zum Ikterus catarrhalis Virchows: Wolter.

Tödliche Hämoglobinurie nach Verschüttung: Selberg.

Nr. 22. vom 29. Mai, 1942.

Der zerebrale und der intestinale Fleckfiebertyp.: Lampert.

Zur Mediastinitis nach Speiseröhrenfremdkörper: Loebell.

Ösophagospasmus und Ulcus pepticum oesophagei: Bornhäuser.

Zur Klinik der Benzolvergiftung: Estler.

Erbärztliche Verbrechensverhütung: Ritter.

Die Ehefrau in der Praxis des Arztes.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Nr. 15 vom 11. April, 1942.

Schweres Erbrechen im Säuglingsalter: E. Freudenberg.

Zur diagnostischen Bewertung intrakranieller Drucksteigerungen: R. Bing.

Considérations sur le purpura hémorragique des Basedowiens: G. Bickel et S. Dicker.

Diapedese und Entzündung: Paul Busse Grawitz.

Statistik über Ulcus ventriculi und duodeni: Max Fuchs.

Die „elektive Giftwirkung“ bei gewissen Formen der Inhalationsvergiftungen in anatomisch-funktioneller Betrachtungsweise: W. Kretschmer.

Über den Einfluss des Bademoors auf das Wachstum von Kindern und jungen Tieren: N. Munteanu und C. Oprișiu.

Nr. 19 vom 9. Mai, 1942.

Psychiatrie in der Sprechstunde des praktischen Arztes: J. E. Staehelin.

Arzneifieber und Schüttelfrost durch Sulfathiazol, Chemispezifität, klinische Erkennung und Vermeidung derselben: Moeschlin.

Wirbelbrüche oder Unfallereignis: W. Jaeger.

Über die klinische Bedeutung des Arcus lipoides corneae: F. Rintelen.

Sur les protéinases contenues dans la fraction „acido-globulines“ de divers plasmas: R. Feissly.

Nr. 20 vom 16. Mai 1942.

Inwieweit kann der praktische Arzt vor und nach der Spitalbehandlung zur Sicherung eines Operationserfolges beitragen?: H. Heusser.

Was ist das Knaussche Verfahren der Geburtenregelung und wie ins es zu bewerten?: A. Labhardt.

Neues Verfahren zur Stimulation der gonadotropen Funktion der Hypophyse: M. Julesz.

Control clinique de l'activité antipernicieuse d'extraits hépatiques: Ed. Jéquier-Doge.

Association de lésions d'aurantiasis palmarum, d'acanthosis nigricans et d'épidermo-dysplasie verruciforme dans un cas de néoplasme gastrique: H. Jeanneret.

Cibazol und Körpertemperatur: F. Tramer.

Nr. 21 vom 23. Mai, 1942.

Die Hormonbehandlung in der Geburtshilfe und Gynäkologie: R. Wenner.

Die Altersmoment (age-incidence), Untersuchungsprinzip (Graves) zur Bewertung der biologischen Bedeutung erbter Variationen in den menschlichen Konstitutionsproblemen: W. Washington Graves.

Über Zykliodermiestichelung gegen Glaukom, ihre wirkliche und vermeintliche Infektionsgefahr: Anna Ernst.

Über Erntekräuze und einen neuen Herd in der Schweiz: R. Schuppli.

Nr. 2 vom 30. Mai, 1942.

Les Méningiomes: A. Jentzer.

Die für den praktischen Arzt wichtigsten Punkte augenärztlicher Diagnostik und Therapie.

Praktischer Kurs für Lumbalpunktion und Untersuchung der Lumbalflüssigkeit: Max Wieland.

Ostitis deformans Paget and Hyperthyreose: Ernst Lyon.

Psoriasis et Lactoflavine: R. de Preux.

Der Zusammenhang von Kohlehydrat- und Kalziumstoffwechsel und die Wirkung der Nebennierenrinde auf denselben: H. Druckrey.

Erwiderung zu der vorstehenden Bemerkung von H. Druckrey: F. Verzar.

Volksgesundheit und Ernährung an Kur- und Badeorten: B. Vieli.

Nr. 23 vom 6. Juni, 1942.

Über das Bronchialasthma: O. Müller.

Virus und Virusproteine: P. Ladewig.

Untersuchungen über das Elektrokardiogramm unter Digitaliseinfluss: A. Sellmer.

Un cas de phaeochromocytome de la surrénale: P. Hahn.

Therapie mit verbesserter kochsalzfreier Milch (Pennac): L. Feil.

Die Medizinische Welt, Nr. 19 vom 9. Mai, 1942.

Zur Therapie des essentiellen arteriellen Hochdrucks: M. Hochrein.

Zum familiären Auftreten der myeloischen Leukaemie: J. Lossen.

Zur Frage der Feststellung des Todes: B. Mueller.

Haemoglobinbestimmung mit unverdünntem Blut: G. Sörensen.

Der Verlust des Sehvermögens im Rechtssinne: W. Becker.

Schweigepflicht gegenüber Angehörigen des Kranken: Schläger.

Nr. 20 vom 16. Mai, 1942.

Zur Therapie des essentiellen arteriellen Hochdrucks: M. Hochrein.

Die Behandlung des Mandelabszesses: Kulenkampf.

Die Trockenbuttermilch Eledon bei ernährungsgestörten Säuglingen: G. Mayer.

Brustwarzenpflege in der Stillperiode: Poerschke A.

Über die ärztliche Schreibweise: M. Schmidt.

Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung, Nr. 10 vom 15. Mai, 1942.

Das Panaritium: R. Goldhahn.

Ansteckungsverhältnisse und Absonderungsvorschriften bei gemeingefährlichen und übertragbaren Krankheiten: Düsterdiek.

Die Betreuung der normalen Schwangerschaft durch den praktischen Arzt: H. Schwalm.

Hippokrates, Nr. 18 vom 30. April, 1942.

Zur Chemotherapie der Gonorrhöe: Krückeberg.

Ursachen und Folgen oft verkannter Störungen: Krafft.

Karzinom und Vitamin A.: Wagner-Hering.

Nr. 19 vom 7. Mai, 1942.

Die Leistung der Strahlentherapie in der Behandlung gynäkologischer Krebse: Ries.

Ärztliche Kleinigkeiten: Josenhans.

Nr. 20 vom 14. Mai, 1942.

Zum Eiweissbedarf der Schwangeren: Kötschau.
 Zur Frage der Eiweissversorgung der schwangeren Frau: Eymer.
 Zur Frage der Eiweissversorgung der schwangeren Frau: Burghardt.
 Zur Frage des Eiweissbedarfs der schwangeren Frau: Kleine.
 Der Eiweissbedarf der schwangeren Frau: Albers.

Nr. 21 vom 21. Mai, 1942.

Alte und neue Formen der Kehlkopfdiphtherie: Simon.
 Zur Behandlung allergischer Krankheiten: Stolte.
 Das elektromedizinische Stangerbad: Wagner.
 Was darf man dem Kranken oder seinen nächsten Angehörigen über seinen Zustand sagen?: Krueger.

Nr. 22 vom 28. Mai, 1942.

Zur Behandlung des primärchronischen Gelenkrheumatismus: Thulcke. Technik, Anzeigen und Erfolge der Fieberbäder: Zett.

Nr. 23 vom 4. Juni, 1942.

Über Deutungsmöglichkeiten der verschiedenen biologischen Wirkung natürlicher Heilquellen und ihrer industriellen Nachahmungen: Dungen.
 Das Finnische Saunabad: Heidler.
 Zur Kasuistik der Leberzirrhose und der Analfistel: Sproedt.
 Beitrag zur Nabelpflege: Börngen.

Der Landarzt, Nr. 17. vom 22. April, 1942.

Meine Erfahrungen über Asthma bronchiale: v. Szaboky.
 Der Asthmakranke und sein Hausarzt: F. Wagner.

Nr. 18 vom 29. April, 1942.

Folien und Gemmen aus der Praxis: E. Haehl.
 Der grosse Wert des Landarzttums: Pfeleiderer.

Nr. 19 vom 6. Mai, 1942.

Praktische Winke zum Wurm- und Wurmeier-Nachweis: Hans Lipp.
 Folien und Gemmen aus der Praxis (Schluss): E. Haehl.
 Dank des Reichsgesundheitsführers an alle Mitarbeiter im Kampfe gegen das Fleckfieber: L. Conti.

Nr. 20 vom 13. Mai, 1942.

Das Problem der Diätverpflegung in den Betrieben: W. Ackermann.
 Über das Sedativum Neurophysin: D. Werner, H. Becker.
 Rings um unser Schicksals-Meer: H. Welke.

Nr. 21 vom 20. Mai, 1942.

Standesspiegel: Berger.

Nr. 22 vom 27. Mai, 1942.

Offizinelle Laxantien in der Behandlung der Darmverstopfung: H. Braun.

Wiener Medizinische Wochenschrift, Nr. 19 vom 9. Mai, 1942.

Wie behandelt man den Fluor?: H. Siegmund.
 Hypophysenüberpflanzung unter Einschaltung der sympathischen Innervation: E. Kubanyi.
 Über eine eigenartige Grippeepidemie auf dem Balkan: Dennig.
 Die Vorbeugung der Gärungsdyspepsie: N. Markow.

Nr. 20 vom 16. Mai, 1942.

Wie beurteile ich Lymphdrüsenanschwellungen im Kindesalter?: Dietl.
 Über den Zusammenhang von Dünndarmporationen ohne äussere Gewalteinwirkung mit den Bruchpforten: K. Huber und H. Kraus.

Nr. 21 vom 23. Mai, 1942.

Das typho-exanthematische Mikrogranulom im epidemischen Flecktyphus: (Historischer Virus) C. Crăciun.
 Die Grundlagen der Tuberkulophonin-Behandlungsmethode der Tuberkulose und ihre klinischen Erfolge: I. Piticariu.

Nr. 22 vom 30. Mai, 1942.

Wie wird der Diphtherie vorgebeugt und wie wird sie behandelt?: J. Zikowsky.
 Die Grundlagen der Tuberkulophonin-Behandlungsmethode der Tuberkulose und ihre klinischen Erfolge: I. Piticariu.

Nr. 23 vom 6. Juni, 1942.

Ein Beitrag zur Frage: Was leisten die Sulfamid-Derivate bei der Behandlung der Diplokokkenkrankheiten?: Holler.
 Pneumonie: I. Kallus.

Folia Therapeutica, Heft 5 Mai, 1942.**Therapie der Gegenwart, Heft 4, 1942.**

Erscheinungen und Behandlung der Commotio und Contusio cerebri: R. Wanke.
 Über die Behandlung des klinischen Diabetes mit Depotinsulinen: F. Linneweh.
 Erfahrungen bei der Anwendung von Deriphyllin-Strophantin-Suppositorien: G. Haase.
 Zur Behandlung der 3 Volkskrankheit: W. Ritzenhain.
 Die Haut unter der Einwirkung der Sonnen- und Himmelsstrahlung: H. Koehler.

Klinische Wochenschrift, Nr. 13 vom 18. März, 1942.

Über den Ablauf pathologisch funktionellen Geschehens: Oettel H.
 Eine neue Methode zur fortlaufenden Aufzeichnung des systolischen Blutdrucks beim Menschen: Matthes K.
 Klinische Erfahrungen mit einem neuen Lanataglykosid (Cedilanid) bei der Behandlung der Herzinsuffizienz: Taeger H. und H. Seiffert.
 Der Vitamin A- und B- Carotinspiegel des Blutes im Alter, bei Hypertonie und Apoplexie: Dienst C. und H. van Bebbber.
 Die Chemotherapie der Masern, des Scharlach und der Grippepneumonie: J. Telegdi.
 Untersuchungen über Permeabilitätsprobleme bei diphtherischer Intoxikation: Ströder.
 Zur Toxikologie des Schweinfurter Grün: M. R. Bonsmann und J. Wührer.

Nr. 14 vom 4. April, 1942.

Über den präarthritischen Zustand und seine Abhängigkeit von Konstitution und Ernährung: W. Kollath.
 Vermehrung corticotroper Wirkstoffe im Blut von Zuckerkranken: H. Bartelheimer u. J. F. Cabeza.
 Über die Wirkung hypophysinhaltiger Insuline auf Blutzuckerspiegel und Mineralhaushalt des Stoffwechselgesunden: R. Engel, F. Schiechel und H. Suchy.
 Über den Wirkungsmechanismus von Stoffen der Adrenalin-Ephedrin-Reihe: W. Kreinberg.

Nr. 15 vom 11. April, 1942.

Zur Epidemiologie der Leptospirosen: P. Mino.
 Eine Einteilung der Leptospirosen: W. Rimpau.
 Worin besteht die antiseptische Wirkungsweise der Salicylsäure?: G. Ivanovici.
 Über eine Störung hypophysärer Stoffwechselregulationen bei schwerer Hypophysenvorderlappeninsuffizienz: Krause.

Nr. 16 vom 18. April, 1942.

Untersuchungen über die Pathogenese des Hochdrucks: L. Stropeni und M. Battezzati.
 Untersuchungen über die regionale Verteilung von Leucocyten und Tuberkelbazillen in Pleuraexsudaten: E. Dissmann.
 Keimträgerzeit und Komplikationshäufigkeit bei Diphtherie in ihrer Abhängigkeit vom Bau der Tonsillen: F. Schulz.
 Die K- und C-Vitamine in der Behandlung der Lungenblutungen: G. Scoz.
 Über das Hemmungsphänomen Donagios bei Schädeltraumen und Epilepsie: R. Vara-Lopez und J. Solis.

Somniferul cu efect sigur

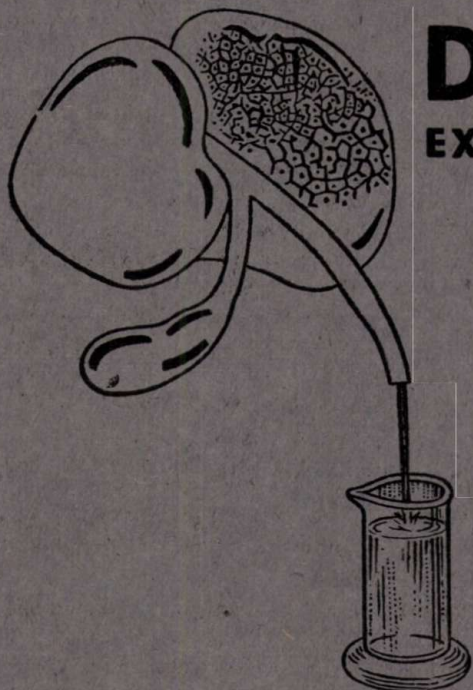
chiar și în doze mici
($\frac{1}{2}$ tabletă), somn recon-
fortant și o deșteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE I. W.

Literatură și eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, București



DECHOLIN

EXPERIMENTAT ANI DE ZILE

COLERETIC
COLAGOG
DIURETIC



J. D. RIEDEL-E. DE HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ
REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK
BUCUREȘTI 3, STR. G.-RAL EREMA GRIGORESCU, 6

Chimioterapie antibacteriană

PNEUMOCOCCI
MENINGOCOCCI
GONOCOCCI
STREPTOCOCCI
STAPHYLOCOCCI

693

Dagénan

SULFAPIRIDINĂ
α (Pamino-benzyl) sulfamido-piridină
COMPRIMATE DOZATE LA 0.50g

doza medie la adult
în primele zile:

3 grame, și mai mult în cazurile grave,
și anume în doze fracționate de câte
o jumătate de comprimat.

ODETTE
LÉVY

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8^e

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL

Anul XXIII

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

Secretar de redacție:

Dr. D. CĂPRIOARĂ

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Dr. I. Cosma, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. M. Telesman, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Conf. Dr. I. Voicu, Dr. V. Weindel.

**REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA:**

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45

*Pentru hormonoterapie cu substanțe
active proprii corpului**

PROGYNON PROLUTON

pentru tratamentul
insuficienței ovariene
(și al cazurilor grave)

pentru tratamentul
hemoragiilor genitale
și al avortului repetat

TESTOVIRON

pentru terapia insuficienței
sexuale masculine

* Organismul nostru este adaptat acestor corpuri, al căror metabolism intermediar nu necesită noi funcțiuni. Deci tratamentul cu substanțe proprii corpului, dozate rațional, are multe avantaje, motiv suficient pentru a prefera pe cât posibil aceste substanțe, dacă putem obține cu ele același rezultat ca și cu medicamente străine corpului. —

Klin. Wschr. 1938, N. 19, S. 653

Literatură detaliată și îndrumări referitor la dozaj stau la dispoziție

SCHERING A. G. BERLIN

Biroul științific București, Str. Clemenceau No. 6

Tel.: 3.58.05

Schering



*Pentru
terapeutică
individuală
a inimii și
circulației*

Calcium-Diuretina

Medicament eficace cardiac și vascular
și diuretic puternic.

Iod-Calcium-Diuretina

În deosebi pentru tratamentul turbu-
rărilor bătrâneții.

Rhodan-Calcium-Diuretina

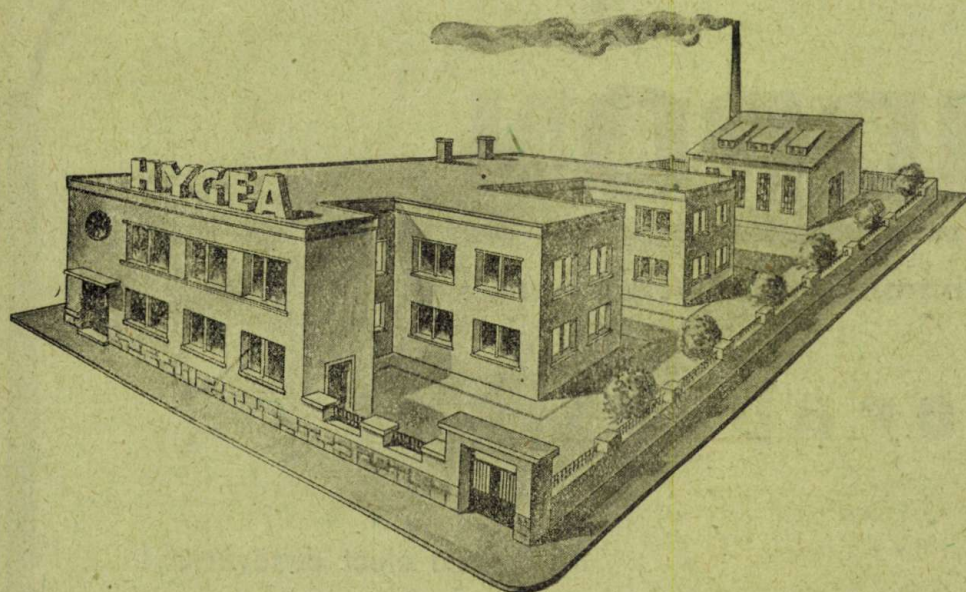
Medicament hipotensiv reputat.

Tuburi de câte 20 tablete.



KNOLL A.-G., Ludwigshafen pe Rin.

«KNOLL» S. A. R., Str. Atena 29, București 3.



CLUJ

Având asigurată o cantitate apreciabilă de materie primă, punem la dispoziția D-lor medici

Vitamin „C”

sub formă de:

ASCORBIN

Injectii

(L-Ascorbinat de sodiu)

0,05/1	cmc,	cutia	cu	10	fiole
0,10/2	"	"	"	5	"
0,50/5	"	"	"	3	"

Subcutan - Intramuscular - Intravenos

ASCORBIN

Tablete

(Acid Ascorbic)

Tubul cu 12 tablete 0,05



Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R.

BUCUREȘTI

ELEUDRON

p - aminobenzolsulfonamidothiazol („Sulfathiazol“)

chimioterapeutic

cu efect desăvârșit în
infecțiuni gonococice
infecțiuni pneumococice
infecțiuni stafilococice
infecțiuni meningococice

Resorbție și eliminare rapidă și completă, deci nu există pericol de cumulare

Toleranță perfectă

» *Bayer* «



LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România :

„ROMIGEFA“ S. A. R., București I, strada Brezoianu 53

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL :

Articole științifice :

Prof. Dr. Victor Papilian, Dr. I. G. Russu și Dr. I. Păcurariu: Tratatul cefaleelor de origine oculară prin anestezierea nervilor occipitali mari, (occipitali ai lui Arnold)	Pag. 321
Dr. Niconia Oprean-Lelescu: Contribuțiuni la studiul trombozelor post-traumatice	" 323
Dr. Ion Macavei: Considerațiuni asupra reacției Weltmann și Takata-Ara în infecțiunile hepatice	" 327
Dr. Todea Corneliu și Dr. Pelea Ioan: Un caz de coree cu stenoză mitrală	" 330
I. Philipovicz: Proteză de cauciuc în loc de cholecistoduodenostomie	" 332

Medicină de războiu

Dr. Nicolae Zolog: Plăgile oculo-orbitare de războiu	" 333
Med. Lt.-Col. Dr. Liviu Ursu, Med. Lt. Dr. Temistocle Vălceanu și Med. Sublt. Dr. Sorin Perianu: Febra de Wolhynia	" 335

Probleme terapeutice:

Dr. Gh. Popoviciu: Alimentația copilului	" 337
Conf. Dr. I. Gavrilă: Combaterea turburărilor gastro-intestinale în febra tifoidă și în alte boli infecțioase	" 344

Medicină preventivă:

Dr. Klaus Tepperg: Mortalitatea infantilă în mediul rural	" 347
---	-------

Societăți medicale	" 352
------------------------------	-------

Societatea Științelor Medicale din Cluj-Sibiu.

Revista revistelor	" 359
------------------------------	-------

Note și informațiuni	" 361
--------------------------------	-------

Decrete. — Deciziuni. — Mișcare în corpul medical. — Posturi vacante.

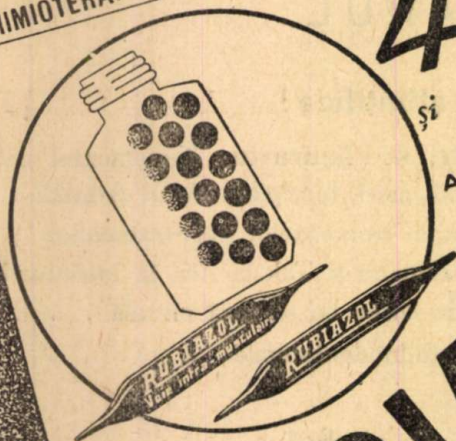
Bibliografie	" 363
------------------------	-------

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări

și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CA



RUBIAZOL
COLORANT AZOIC

este
**CEL MAI ACTIV și
COMPLECT ATOXIC**

DOZA ZILNICĂ:
6-12 comprimate
2-3 fiole



LABORATOIRES DU DR ROUSSEL-PARIS

Eșantioane Medicale și literatură la:

Reprezentanța generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTETIA” S. A. R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREȘTI, III

Telefon 221.38

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Tratamentul cefaleelor de origine oculară prin anestezierea nervilor occipitali mari, (occipitali ai lui Arnold)

de

Profesor Dr. Victor Papilian, asistent Dr. I. G. Russu și asistent Dr. I. Păcurariu.

Intr'un articol anterior¹⁾ arătam succesele rapide și relativ de îndelungată durată pe care anestezierea nervilor occipitali mari le aduce în dispariția cefaleelor de cauze diferite.²⁾ În urma acestor rezultate atât de îmbucurătoare ne-am adresat și acelor cefalee cu obârșle oculare, și în special celor de natură glaucomatoasă atât de intense și de rebele oricărui tratament.

Vom expune pe scurt părțile cele mai caracteristice din foile de observație ale bolnavilor tratați după această metodă.

Obs. Nr. 1.

Dgs.: Iridociclită subacută bilaterală cu fenomene de glaucom secundar; cefalee intensă.

Bolnavul L. A., de 55 ani, invalid de războiu, vine în clinică în ziua de 14 Ianuarie a. c., pentru dureri oculare stângi, însoțite de dureri periorbitare și hemicranie stângă, precum și o accentuată scădere a vederii celui ochi, datând din ziua de 1 Decembrie 1941.

Antecedente eredo-colaterală fără importanță.

În antecedente personale o malarie, pneumonie și blenoragie. În războiul trecut i s'a amputat brațul dr.

Examenul clinic general: Bolnav emaciat. Bronșită cronică. R. Wassermann și Vitebsky în sânge negative. Examenul O. R. L. și stomatologic clinic și radiologic negativ.

Examenul ocular: O. D. înafară de tulburare de refracție (astigmatism mixt de 2 D) cu reducerea vederii la $\frac{1}{2}$ nu prezintă nimic patologic.

La O. S se constată o accentuată fotofobie și lăcrimare; o congestie intensă pericheratică, corneea prezintă numeroase precipitate de descemetită mai ales în partea ei inferioară care-i reduc mult transparența. Camera anterioară profundă cu o ipemă moderată.

¹⁾ Prof. Papilian și Dr. Nana. Un nou tratament al cefaleelor. Ardealul Medical Nr. 5, 1942.

²⁾ Dr. I. G. Russu și Dr. M. Iubu. Tratamentul cefaleelor prin anestezierea nervului lui Arnold. România Medicală, Nr. 9, 1942, pag. 131—132.

Irisul congestionat, cu relieful dispărut, pupila în mioză cu sinechii posterioare multiple. Cristaloïda anterioară acoperită cu exudate. Vederea acestui ochi era redusă la perceperea mișcărilor mâinii, iar tensiunea oculară 48 mm Hg. Cu tot tratamentul local și general aplicat (paracenteze repetate ale camerei ant., termofore, băi de lumină, galactoterapie, inj. i. v. cu cianură de mercur, pilocarpină alternată cu scopolamină sau chiar cu atropină) fenomenele inflamatorii oculare nu s'au liniștit decât la sfârșitul lunii Februarie, când tensiunea s'a stabilizat la 30 mm Hg., fără ca durerile de cap să se amelioreze prea mult.

În ziua de 3 Martie a. c., bolnavul semnalează o exacerbare a cefaleelor, o fotofobie, lăcrimare și scăderea vederii de astădată la O. D.

La examenul obiectiv se constată fenomene de irido-ciclită subacută în plină evoluție, cu o tensiune oculară oscilând între 30—40 mm Hg. Se aplică și aici un tratament intens local și general, încercându-se un tratament roentgenterapeutic și unul antiluetic cu neosalvarsan „ex juvantibus”, fără ca fenomenele obiective oculare să manifeste vreo tendință de ameliorare și fără ca fenomenele subiective (cefaleea și fotofobia) să cedeze cât de puțin. Bolnavul stătea toată ziua acoperit cu pătura, era morocănos, iar noaptea ședea în pat fără să poată dormi din cauza cefaleei pe care o localiza exact în creștetul capului.

La 31 Martie a. c., i se novocainizează ambii nervi occipitali mari (câte 15 cc. sol. novocaină 1,2%, proaspăt preparată). Imediat bolnavul are senzația de greutate în ceafă. La o oră cefaleea devine mai puțin acută. Noaptea bolnavul a dormit liniștit (după propria-i mărturisire era prima noapte liniștită după 4 luni). În ziua următoare, cefaleea și durerile oculare precum și fotofobia erau cu desăvârșire dispărute. Bolnavul se plimba vesel prin sală, fără să caute a se pune la adăpost de lumină. În zilele care au urmat, fenomenele obiective au început să se amelioreze, începând cu tensiunea care a scăzut la 34 mm Hg, menținându-se până la plecarea bolnavului din clinică. La părăsirea clinice, întâmplată în ziua de 11 Mai a. c., ochiul era complet liniștit, lipsit de fenomene inflamatorii și cu vederea $\frac{1}{10}$ (din cauza depozitelor de pe cristaloïda anterioară).

Bolnavul a părăsit serviciul fără să mai acuze cefaleea.

Obs. Nr. 2.

Dgs.: Contuzia globului ocular dr., subluxația cristalinului, glaucom traumatic.

Bolnava T. G., de 45 ani, casnică, se prezintă la consultațiile clinice în ziua de 17 Aprilie a. c., pentru scăderea accentuată a vederii O. D. însoțită de dureri violente oculare, periorbitare și mai ales hemicranie dr., survenite în urma unui traumatism ocular, cu o bucată de lemn, întâmplată înainte cu două luni.

Antecedentele eredo-colaterale și personale lipsite de importanță.

Starea generală a bolnavei bună.

La examenul O. D. se constată: lăcrimare și fotofobie intensă. Congestie accentuată pericheratică. Corneea opalescentă din cauza edemului epitelial. Camera anterioară de profunzime mai redusă și inegală. Irisul congestionat, pupila în midriază moderată lasă să se vadă cristalinul subluxat în partea infero-temporală. Fundul de ochi se luminează difuz. Papila nu prezintă excavație. Vederea acestui ochi era 4/50, iar tensiunea sa 76 mm Hg., față de 20 mm Hg., cât era la O. S. Ochiul stâng complet normal.

În ziua de 18 Apr. a. c., i s'a practicat novocainizarea bilaterală a nervului lui Arnold. Durerile de cap au diminuat treptat până în ziua următoare când au dispărut complet. Durerile oculare și peri-orbitare, au mai persistat câteva zile, mai puțin intense însă, transformându-se într-o senzație de apăsare și de amortire care a persistat până la plecarea bolnavei din clinică. A doua zi după injecție i s'a început și un tratament cu pilocarpină. La plecarea din clinică, întâmplată în ziua de 5 Mai a. c., ochiul era complet descongestionat, lipsit de dureri, cu vederea de 5/7,5 și tensiunea 48 mm Hg. Durerile de cap nu au mai reapărut.

Obs. Nr. 3.

Dgs.: Leucom corneean ectatic, aderent; glaucom secundar O. D. Hemicranie, dr. accentuată.

L. I., de 49 ani, plugar, a fost internat în Clinica Oftalmologică, între 20 Oct. 1941 și 19 Dec. 1941, pentru un ulcer corneean traumatic la O. D. însoțit de irido-ciclită subacută cu sinechii iriene posterioare. Revine în serviciu la 18 Aprilie a. c., pentru dureri accentuate la O. D. cari datează de o săptămână, însoțite de hemicranie dreaptă violentă, care nu-l lasă să se odihnească noaptea.

Antecedente eredo-colaterale și personale lipsite de importanță.

La examenul ocular se constată la O. D.: lăcrimare și fotofobie intensă. Conjunctiva, cu deosebire porțiunea bulbară, intens congestionată. Corneea în întregime opacifiată, prezintă o ectasie moderată centrală, care ocupă toată zona pupilară. Periferia corneei este vascularizată superficial. Vederea acestui ochi este 0 (zero), iar tensiunea sa 35 mm Hg.

Ochiul stâng are un aspect normal.

În ziua de 19 Apr. a. c., i s'a practicat novocainizarea bilaterală a nervilor occipitali mari (câte 15 cc. sol. novocaină 1,2% proaspăt preparată). Imediat după injecție bolnavul are o senzație de greutate în ceafă. După o 1/2 oră durerea de cap este mai puțin accentuată, pentru ca în ziua următoare să persiste doar o ușoară senzație de jenă, perioculară dr. și ușoară amețală, care în zilele următoare s'au ameliorat mult. I s'a aplicat în același timp și un tratament cu pilocarpină. În ziua de 23 Aprilie, tensiunea la O. D. era 15 mm Hg, tensiune care se menține și azi. Ochiul se menține liniștit, durerile perioculare și hemicrania dispărute (18 Mai a. c.). Bolnavul se găsește încă în serviciu, urmând un tratament pentru o afecțiune auriculară.

În ziua de 20 Mai 1942 părăsește serviciul fără să mai acuze cefaleea.

Obs. Nr. 4.

Dgs.: Leucom corneean aderent cu tendință stafilomatoasă și glaucom secundar dureros la ochiul stâng; hemicranie stângă.

Bolnavul J. N., de 70 ani, vine în clinică în ziua de 17 Mai a. c., pentru dureri mari oculare dr. și hemicranie stângă în urma unui traumatism ocular întâmplat înainte cu o săptămână. Tensiunea acestui ochi e de 56 mm Hg.

În ziua de 18 Mai a. c., i se face novocainizarea nn. occipitali mari. În ziua următoare durerile de cap dispărute, cele oculare prezente. În ziua de 20, durerile de cap reapar cu aceeași intensitate ca la început și se mențin și în ziua de 24 când i se repetă novocainizarea. În ziua de 25 Mai durerile de cap, oculare persistă până seara când încep să dispară treptat. De atunci până azi, 4 Iunie nu au mai reapărut, cu toate că tensiunea oculară se menține și mai urcată (65 mm Hg.).

La părăsirea serviciului (7 Iunie 1942), bolnavul nu mai acuză cefaleea, iar tensiunea oculară este normalizată.

Obs. Nr. 5.

Dgs.: Iridociclită subacută traumatică dureroasă dr.; hemicranie dr. intensă.

Rănitul C. M., de 29 ani, este adus în clinică de pe front în ziua de 26 Aprilie a. c., unde a fost rănit înainte cu două săptămâni la ambii ochi de schije de brandt. În ziua de 7 Mai, i se enuclează ochiul stâng. Cu tot tratamentul ochiul drept nu se liniștește. La 2 Iunie i se novocainizează nn. occipitali. Încă în cursul zilei durerile oculare și de cap dispar cu desăvârșire. Bolnavul se mai găsește în serviciu, 17 Iunie 1942, complet lipsit de cefalee.

Obs. Nr. 6.

Dgs.: Fractura oaselor proprii ale nasului cu infundarea rădăcinii nasului; traumatism cranian; contuzia ambilor globi oculari cu hemoftalmie; cefalee intense.

Bolnavul B. I., de 50 ani, se internează în clinică în ziua de 26 Mai a. c., pentru dispariția vederii și dureri mari de cap în regiunea rădăcinii nasului, întâmplată înainte cu o săptămână.

În ziua de 2 Iunie a. c., i se novocainizează nn. occipitali mari. În cursul aceleiași zile durerile de cap dispar complet, iar noaptea bolnavul o petrece liniștit. Bolnavul se mai află în serviciu.

Obs. Nr. 8.

Glaucom absolut dureros la ochiul drept; hemicranie dr.

Bolnava P. A., de 70 ani, vine în clinică în ziua de 2 Iunie a. c., pentru dispariția vederii ochiului dr. însoțită de dureri violente oculare și de cap, cari datează de un an. I se face imediat novocainizarea nn. occipitali. După câteva ore durerile devin mai surde pentru ca în cursul nopții să dispară complet. Persistă doar o ușoară senzație de greutate oculară care nu o supără prea mult. Tensiunea acestui ochi e mai mare de 90 mm Hg., iar vederea lui zero. Bolnava părăsește serviciul în ziua de 13 Iunie 1942, fără să mai acuze cefaleea.

Din examenul foilor de observație expuse mai sus se degajă un fapt preclis: *anestezierea nervilor occipitali mari* face să dispară cefaleea. Această dispariție a durerii a fost de durată destul de îndelungată, așa că bolnavii au părăsit serviciul clinicii la cererea lor, ei socotindu-se vindecați. Li s'a recomandat însă ca la o eventuală reapariție a durerii să se înapoleze spre a li se aplica un nou tratament.

Un fapt de observație merită să fie reținut. Cefaleele în cazurile de mai sus aveau diferite proveniențe. Efectele terapeutice au fost însă aceleași, ceea ce

denotă că *anestezierea nervilor occipitali mari face să dispară durerea și nu cauza ei*. Totuși în multe cazuri s'a observat o remarcabilă tendință la vindecare, ceea ce noi o atribuim dispariției elementului iritativ al durerii asupra factorului anatomic.

Concluziuni: 1. Anestezierea nervilor occipitali mari produce o dispariție a cefaleelor de cauză oculară.

2. Anestezierea nervilor occipitali mari, influențează elementul durere și nu procesul anatomic original.

RESUMÉ

Le traitement des céphalées d'origine oculaire par l'anesthésie des grands nerfs occipiteaux

On décrit une série de 7 cas avec des céphalées d'origine oculaire où l'on a appliqué la méthode d'anesthésie des grands nerfs occipiteaux d'Arnold pour supprimer la douleur.

De ces observations il résulte :

1. L'anesthésie des nerfs grands occipiteaux produit la disparition des céphalées d'origine oculaire.

2. L'anesthésie des nerfs grands occipiteaux influence l'élément douleur et non le processus anatomique original.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Behandlung der Augen-Cephalalgie durch Anästhesierung der nervi occipitales majores

Es wird eine Serie von 7 Augen-Cephalalgien beschrieben, wo die Cephalalgie durch Anästhesierung der grossen occipitalis Arnold Nerven behoben wurde.

Aus den bei diesen Beobachtungen gemachten Feststellungen geht folgendes hervor:

1. Durch Anästhesie der grossen Occipitalisnerven verschwinden die Augen-Cephalalgien.

2. Die Anästhesie der grossen Occipitalisnerven beeinflusst den Schmerz jedoch nicht den anatomischen Vorgang.

Contribuțiuni la studiul trombozelor post-traumatice

de

Dr. Niconia Oprean-Lelescu

asist. Inst. Medico-Legal, Cluj-Sibiu

Cu toată importanța deosebită pe care o prezintă capitolul trombozelor post-traumatice în Medicina legală, literatura ne descrie foarte puține cazuri.

Având prilejul de a studia câteva cazuri în Institutul de Medicină Legală din Cluj, și într-un câțui medic legist îi revine sarcina de a pune un diagnostic precis și de a face legătura între lovire, tromboză și moarte, găsesc că e justificată publicarea lor.

Tratatele clasice de medicină legală, cum sunt *Borri* și *Haberda*, ating doar în treacăt această chestiune.

Borri, amintește printre numeroasele afecțiuni ce survin în urma traumatismelor și emboliile trombotice. El vorbește de tromburile care se formează în venele periferice și de aci mobilizându-se, trec apoi în artera pulmonară sau, dacă există orificiul lui Bottal, trec prin el în marea circulație arterială. Indiferent de drumul pe care îl ia un tromb, ceea ce e sigur, este că traumatismele aduc turburări în curentul circulator și acolo unde vasele au un punct de minimă rezistență (fleboscleroză) se formează trombul.

Haberda, enumără între cazurile de moarte secundară sau mijlocită și trombozele survenite după traumatisme craniene, emboliile arterei pulmonare după răni de vene sau țesuturi învecinate, sau prin distru-

gere a țesutului hepatic. Mai amintește și posibilitatea unor embolii ce survin după răni sau traumatisme pulmonare.

Revistele actuale de specialitate, vorbesc despre o tromboză post-traumatică, totuși cazurile descrise sunt extrem de rare.

Meessen H. cercetează relația dintre un traumatism toracic și o tromboză coronariană.

Cazul este al unui bărbat de 30 ani, care a suferit un accident de circulație prezentând o lovitură contuză gravă în hemitoracele drept și umăr, fracturi multiple costale, fractura omoplatului drept, emfizem cutanat al hemicorpului drept și moare după 8 ore dela rănire, cu simptome de edem pulmonar.

La autopsie se constată ruptura plămânului drept, hemotorace de 600 cmc., edem în partea stângă, mică ruptură ale ficatului. Inima nu prezenta nicio urmă de rănire, cu toate acestea artera coronară, ramura stângă, avea o tromboză proaspătă cu infarct miocardic. Microscopic se găsește o arteromatoză pronunțată. Autorul crede că această tromboză coronariană este indirectă, și anume traumatismul toracic și pulmonar ar fi produs o insuficiență în circulația generală, care a dus la formarea trombului.

Koch și *Walter* recunosc două feluri de tromboze: una *statică* sau de aglutinare, datorită relațiilor cu răni sau intervenții operatorii, și alta *septică*, datorită bacteriilor.

Koch deci recunoaște și originea traumatică între cauzele trombozelor statice, dar el crede că aceste tromboze nu se datoresc numai traumatismului sau contactului cu locul rănit, ci mai curând unei stări generale predispozante.

Takats G. și *Petersen F.* găsesc că înșși factorii cosmici au o influență destul de mare asupra cazurilor de tromboză. Astfel, 30% din cazuri, dacă sunt datorite mișcărilor bruște, defecării, ridicării de greutate etc., 70% sunt datorite cauzelor externe, cîmpei, puterii vîntului, duratei acțiunii razelor solare, stării higrometrice a aerului, temperaturii medii a zilei, precipitațiilor, etc. El găsește că primăvara și toamna se ivesc cele mai multe cazuri de tromboză.

Dacă acest capitol al trombozelor post-traumatice este important pentru medicina legală, importanța lui nu este mai mică nici pentru celelalte ramuri ale medicinei.

Trombozele din punct de vedere chirurgical ocupă un loc primordial în medicina operatorie. *J. Ducuing* descrie o serie întreagă de cazuri de flebite, tromboze și embolii post-operatorii, cu o localizare atât de variată, încât cuprind aproape toate părțile corpului omenesc.

Trombozele post-traumatice sau post-operatorii sunt acele ce survin după loviri sau operații sângere, și se deosebesc de cele puerperale sau acele ce survin după fracturi și luxații reduse, fără operații deschise.

Frecvența acestor tromboze ar fi, după *Ducuing*, de 10% după operații abdominale, 6% după intervenții asupra organelor genitale externe și 18% după operații cranlene.

Multe sunt cauzele predispozante pentru aceste tromboze post-operatorii: pe lângă factorul constituțional individual, mai intervin vârsta, starea generală, tulburări circulatorii etc.

Vârsta. S'a văzut că de cele mai multe ori flebite sau tromboze bâtrînii operați, între 40 și 65 de ani. De sigur că la acest factor, vîrstă, se mai adaugă încetinirea curentului circulator, turburări discriazice sau modificări calitative ale sîngelui.

Starea generală are și ea un rol destul de mare, deoarece în anemie, intoxicații, tuberculoze, etc trombozele post-operatorii sunt mai dese.

Turburările de circulație, fie ele de ordin general sau local, sunt cauze care ajută sau chiar declanșează formarea trombilor. Cardiopatiile, hipostoliile sunt trecute aci în primul rînd. Insuficiența venoasă, varicele, alterații venoase și chiar perturbațiile prilejite de

pregătirile pre-operatorii, ca și cele post-operatorii, completează acest tablou în întregime.

Rolul traumatismului local, survenit în timpul operației, este destul de mare. S'a văzut că în operațiile prelungite, ligaturile repetate, contuziile venoase, aplicația brutală a unei pense, până chiar și cel mai simplu tamponament, toate sunt mici traumatisme care favorizează formarea trombilor.

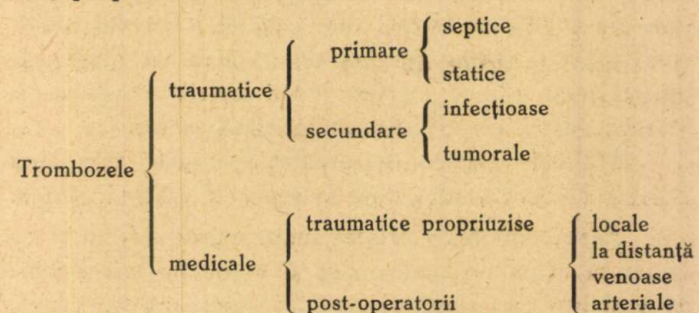
Dacă aceste mici traumatisme pot duce la formarea trombilor și flebitelor, cu atât mai mult loviturile mari, mai ales cele repetate, făcute cu un corp contondent, pot duce la moarte prin tromboze, așa cum au fost cazurile întâlnite în Institutul nostru.

Clinica întărește așa zisele tromboze medicale, datorite bolilor infecțioase, infecto-contagioase, germenilor infecțioși, streptococ, stafilococ, gonococ, etc., care dau leziuni endoteliale și prin aceasta duc la tromboză.

O clasificare din punct de vedere anatomo-patologic a trombozelor post-operatorii am găsit în *Ducuing*.

Aceste tromboze sunt amintite și în tratatele de anatomie patologică. Trombozele post-traumatice propriu zise nu sunt însă amintite aci. Singur *Veal* face o clasificare restrînsă a lor, dar numai pentru trombozele venelor axilare. Noi am găsit astfel de tromboze post-traumatice localizate, fie direct la locul traumatismului, fie la distanță. Au fost tromboze ale arterei pulmonare, ale arterelor renale, ale vaselor uterine, deci o localizare variată, dar tromboza era întotdeauna consecința unui traumatism.

O clasificare pe deplin satisfăcătoare a acestor tromboze nu am găsit în niciun tratat din cele pe care am avut posibilitatea să le consultăm și de aceea dăm aci o clasificare sintetică, anatomo-clinică și patogenetică, propusă de D-l Prof. *M. Kernbac*:



Vom expune pe scurt cazurile pe care le-am examinat noi, odată cu interpretarea lor medico-legală și fiziologică în lumina cunoștințelor actuale.

Cazul Nr. 1.

U. L. 84 ani. A fost atacat de răufăcători în ziua de 19 Mai 1940 și lovit în cap cu un corp dur, de mai multe ori. Este dus la sanatoriul Parck, din Cluj, din a cărei foaie de observație se văd următoarele: contuzie și sufuziuni sanghine în regiunea retro-auriculară de ambele părți, pe o întindere de mărimea unei palme de adult. Bolnavul este inconștient, prezintă convulsii tonico-clonice, iar pupilele nu reacționează la lumină decât cea stângă, dar foarte puțin. Starea lui se agravează și în ziua de 24

Mai, deci la 5 zile după lovire, sucombă cu diagnosticul clinic de hemoragie cerebrală.

La autopsie se găsește în regiunea mastoidiană dreaptă, în vecinătatea lobului urechii o rană cu marginile neregulate, de formă patrulateră, având diametrele de 1—1,5 cm., și fondul sângerând. Buza superioară prezintă câteva răni zgâriate.

Examenul intern: lamboul anterior al regiunii păroase a capului este de culoare albă, cu mici pete hemoragice. Lamboul posterior este edemațiat și în dreptul occipitalului se vede un hematoma de mărimea unei palme de adult, cu o grosime de 5 mm. Meningele moi sunt ușor opalescente, vasele pline cu sânge. Creierul are consistența ușor diminuată. În secțiune este de culoare albă, fără nicio urmă de leziune anatomo-patologică.

Toracele. Inima cântărește 385 gr. Miocardul este friabil, având o culoare brună deschisă și la nivelul ventriculului stâng măsoară 1 cm. grosime. Endocardul este îngroșat la nivelul mitralei.

Artera pulmonară stângă este trombozată complet, tot asemenea și ramurile ei mici răspândite în țesutul pulmonar. În rest, organele nu prezintă nimic important, afară de o arterioscleroză generalizată.

Istologie. Examenul coagulului arată un chiag din o parte de globule roșii și alta albe, ceea ce dovedește un coagul fibrinos și deci originea infecțioasă a procesului.

Deci la autopsia acestui cadavru se găsesc leziuni corporale localizate asupra capului, dar care prin ele însele nu ar putea explica, în cazul acesta, cauza medicală a morții. În același timp s'a mai constatat o tromboză a arterei pulmonare stângi, care a întrerupt definitiv circulația și a cauzat moartea acestui bărbat. Această complicație nu se poate pune exclusiv pe seama loviturilor primite la cap, victima fiind în etate de 84 de ani, prezentând o arterio-scleroză generalizată, o inimă mărită și cu o veche boală a endocardului. Toate acestea arată o predispoziție evidentă pentru formarea trombozelor amintite mai sus și corespund intru totul cauzelor predispozante citate în literatura medicală. După cum arată *Geissendörfer*, vârsta înaintată condiționează formarea cheagurilor de sânge în vase și mai ales mobilizarea lor.

De altă parte, *H. Meyenburg* și *S. Moeschlin* spun că trombozele sunt favorizate de traumatisme, din cauza amestecului de sânge cu țesuturile vecine, și astfel, schimbările compoziției lui. De asemenea *Geissendörfer* arată că formarea acestor trombi se face cu mai mare ușurință la indivizii care sufer de turburări ale circulației, iar mobilizarea trombilor ar fi favorizată și de adipozitate. Or, la acest cadavru, am găsit o arterio-scleroză generalizată, vârstă înaintată, leziuni ale endocardului și o stare de adipozitate, deci toate condițiile preliminare pentru ca un traumatism, chiar cât de mic, să ducă la formarea unui tromb și mobilizarea lui să ducă la o tromboză a arterei pulmonare și, în consecință, la moarte.

Un caz similar acestuia am găsit descris de *Mutel* și *Guibal*. Un accidentat, cu un hematoma de origine traumatică, face o tromboză a arterei pulmonare și sucombă.

Cazul Nr. 2.

H. V. de 40 de ani. Suferă un accident: se răstoarnă peste el un car de lemne. Este dus la Clinica Chirurgicală și moare în aceeași zi.

Autopsia:

Examenul extern arată pe piept, în vecinătatea articulației sterno-claviculare stângi, o rană sdrobotă de $\frac{4}{2}$ cm. și lângă ea alte două răni zgâriate.

Examenul intern: Nimic de remarcat până la torace, unde se găsesc numeroase fracturi costale. Plămânii sunt elastici, crepitați la presiune, în secțiune au culoare roșie și vasele ne apar astupate cu cheaguri de sânge consistente și având forma vasului, de culoare roșie. Artera pulmonară este complet obstruată. În rest, organele nu prezintă nimic deosebit.

Fiind vorba de un individ tânăr, nu ca în cazul precedent, după datele fiziologiei actuale în ce privește factorii care favorizează coagularea sângelui, formarea cheagurilor ar putea fi datorită sucurilor tisulare dela nivelul rănilor produse prin fractura coastelor, deoarece aceste sucuri conțin o substanță specifică ce favorizează coagularea. În plus, după teoria lui *Stuber-Lang*, în prima fază a coagulării are loc formarea substanțelor acide care rezultă din procesul glicolitic ce are loc sub influența fermenților glicolitici eliberați prin distrugerea elementelor tisulare (plăcuțe, leucocite, celule musculare etc.). Astfel formați, ei sunt un moment declanșant al coagulării.

Totodată, autorii americani arată că fibrinogenul tisular devine un factor coagulant, în prezența cefalinei. S'a văzut că injecții de suc tisular proaspăt duc la tromboză și moarte. Clinic chiar, s'a încercat oprirea hemoragiilor mari cu ajutorul preparatelor de fibrinogen tisular, cu rezultate destul de bune.

A. Lumiere spune că extractele tisulare proaspete conțin un amestec de colorizi care sunt sediul floculațiilor și căroră el le atribuie toate accidentele mortale.

Și în cazul nostru, fiind vorba de un traumatism cu rană sdrobotă și fracturi costale, o cantitate destul de mare de suc tisular a putut pătrunde în curentul circulator, producând coagularea sângelui și prin aceasta tromboza mortală dela nivelul arterei pulmonare.

Cazul Nr. 3.

P. F. de 31 ani. Înainte de moarte cu 2—3 luni a avut o naștere grea, după care a rămas cu dureri în hipogastru și regiunea anexială stângă. Are mereu frisoane și ascensiuni termice, fenomene cu care sucombă.

Examenul extern nu ne arată nimic deosebit. Examenul intern pune în evidență la plămâni o pleurezie purulentă și mici abcese pulmonare.

Organele genitale: la nivelul pedicolului uterin superior stâng se găsesc trombi vasculari de forma vasului, de culoare roșie-pestriță. Ovarul stâng este mărit la dublu, cu focare hemoragice și mici puncte galbene. Se găsesc tromboze vasculare multiple. Trompa stângă, ceva mai mare.

Concluziile medico-legale au fost de ploemie, trombo-flebită a vaselor uterine și ovariene, în strânsă legătură de cauzalitate cu boala datorită nașterii. Poate

aci nu e vorba de un traumatism propriu-zis, în urma cărui să fi survenit tromboza, dar această tromboză s'a ivit după o naștere grea. E sigur că travaliul din timpul fetei, plus predispozițiile locale și chiar generale ale femeii au dus la formarea trombilor.

Aci putem vorbi și de un alt proces și anume factorul toxic-infecțios, factor ce aduce cu sine o îngrădire a leucocitelor și o abundență de fibrinogen care se știe că se mărește în supurații prelungite, datorită creșterii leucocitelor.

Printre condițiile fiziologice care modifică coagulabilitatea sângelui sunt și calibrul vaselor, forma lor și teritoriul vascular din care provine sângele.

Ori vasele uterine și ovariene au un calibru foarte mic, au o formă sinuoasă, deci condiții foarte prielnice pentru încetinirea curentului circulator, stagnarea sângelui și formarea trombilor.

Pe lângă toate acestea mai intervine și o insuficiență a celulei hepatice în urma toxemiei și astfel antitrombina secretată de el diminuează din curentul circulator, lăsând frâu liber factorilor coagulanți.

Ca un final al acestor consecințe intervine septicemia, care devine astfel cauza principală a morții acestei femei.

Am găsit două cazuri asemănătoare celui de mai sus în literatura medicală; unul al lui Claude și altul al lui Barreét-Greiner.

Cazul Nr. 4 (publicat de Dr. Popa R.).

R. T. de 17 ani, băiat care fiind tamponat de un vehicul e transportat la clinica chirurgicală. I se găsește o stare gravă de șoc, tegumentele palide, reci, puls filiform 130 pe minut. Prezintă multiple scoriațiuni pe frunte, nas, abdomen. În regiunea sprâncenoasă stângă se găsește un hematom voluminos. Abdomenul sensibil la palpare, în hipocondrul drept și regiunea epigastrică. În regiunea lombară dreaptă, paravertebral, se constată o tumefacție foarte sensibilă la palpare. La puncția lombară se scoate un lichid hemoragic. Rănile sunt tratate și se dau cardiotonice. În a 7-a zi de tratament sucombă.

Autopsia găsește un hemotorace bilateral de 600 cc. sânge. Ruptura lobului lui Spiegel. Retroperitoneal o lamă de sânge ce merge până în micul bazin, de-a-lungul lombelor. Rinichii au corticala îngroșată, galbenă cu aspect uscat, friabilă, înfățișare asemănătoare cu a infarctelor anemice renale. În rinichiul drept se găsesc zone în care aspectul e quasi-normal. Periferia acestei corticale necrotice este separată, ca și la infarcte, printr-o zonă hiperemică de țesuturile din jur. Atât macroscopic cât și microscopic arterele renale cât și ramurile lor sunt astupate prin trombi vitali. Aspectul microscopic al zonei necrotice este acel al necrobiozei.

Avem deci la un băiat de 17 ani, în urma unui traumatism lombar, o necroză simetrică și totală a corticalei renale, urmată de anurie și moartea prin azotemie, și toate acestea sunt datorite trombozelor post-traumatice.

Aci ne lipsesc așa zisii factori favorizanți — vârstă înaintată, adipozitate, infecțiune — rămânându-ne din ei doar factorul constituțional individual și calibrul vaselor cu încetinirea curentului circulator. Încetinire care

s'a putut produce în urma lezării vaselor prin traumatism. Traumatismul joacă aci rolul principal în formarea acestor tromboze, adăugându-i doar calibrul mic al vaselor renale precum și stagnarea sângelui.

Cazul Nr. 5.

Am găsit în literatură cazul unui muncitor care suferă un accident de muncă cu ruptura mușchiului gemen extern dela gamba stângă. La câțiva timp după aceasta survine un edem dureros la membrul inferior drept, cu temperatură de 38,4 grade. Flebita fiind declarată, se face imobilizarea membrului. În acest timp se declară un infarct pulmonar care îi pune viața în pericol. După aceasta, starea lui ameliorându-se, începe lucrul. Dar la puțin timp apar fenomene de flebită la membrul inferior drept, care duce la o gangrenă arterială. Se face amputarea gambei drepte și se găsește artera femorală trombozată. Părăsește clinica considerat vindecă. Puțin timp după aceasta se face amputarea membrului inferior stâng, în urma acelorași fenomene ca și la dreptul. Pe când era în convalescență, survin dureri abdominale foarte violente, în regiunea subombilicală, disurie, vărsături bilioase, subicter, albuminurie. Se pune diagnosticul clinic de tromboza arterei mezenterice sau infarct renal, cu care sucombă.

Autopsia arată obliterarea completă a arterei mezenterice superioare, tromboză organizată a arterei femorale, iliacei externe până la iliaca internă. În afară de leziunile arterio-sclerotice și arteromatoase caracteristice vârstei, nu se găsește nimic de remarcat.

Găsim deci și aci un traumatism care duce la ruptura unui mușchiu. La puțin timp după aceasta apar fenomene de stază circulatorie, care cu timpul duc la o serie de afecțiuni și trombozări arteriale, până la aceea a mezentericel și în sfârșit la moarte. Se pare că și aci ar fi acționat factorul tisular, sucii tisulari care a produs coagularea sângelui în teritoriul lovit și care s'a propagat apoi în cele vecine. Totodată aci au mai luat parte și factorii favorizanți, ateromatoza și arterioscleroza găsite la autopsie.

În concluzie, cazurile descrise evidențiază o seamă de momente etiologice și patogenetice care concură la realizarea trombozelor traumatice. Astfel găsim:

tromboză după traumatism, pe teren constituțional predispozant la care se adaugă și factorii favorizanți. Caz. 1;

tromboză după traumatism datorită acțiunii factorului coagulant local. Caz. 2.

tromboză după traumatism datorită acțiunii factorului toxic-infecțios post-traumatic. Caz. 3.

tromboză după traumatism datorită factorului coagulant local și predispoziției generale. Caz. 4—5.

Se poate vedea sigur, că traumatismele, chiar dacă în unele cazuri nu sunt cauza primordiale a unei tromboze, ci aceasta se formează datorită constituției personale sau cauzelor predispozante, adică sunt numai factori adjuvanți, în alte cazuri ele sunt, prin perturbările lor locale, factorii principali care declanșează formarea unei tromboze și prin aceasta produc moartea.

Bibliografie :

Prof. Max Bürger : Pathologische Physiologie, Berlin, 1936. J. Springer, 10⁰.

Prof. Gh. Popoviciu și Gr. Benetato : Fiziologie medicală, Cluj 1933. Transilvania, 8⁰.

Prof. Forgue et Aimes : „Pièges“ dela chirurgie en diagnostique et thérapeutique. Paris 1939. Masson, 10⁰.

J. Ducuing : Phlebites Thromboses et embolies post-operatoires. Paris, 1929. Masson, 10⁰.

H. Mondor : Les Avortements mortels. Paris, 1936. Masson 10⁰.

Meessen H. : Coronarthrombose nach Unfall. Deut. Zeitschrift f. Gericht. Medizin. T. 34, 1941, pg. 48.

Koch-Walter : Über Thrombose und Embolie. Deutsch. Med. Wschr. 1940. II — 1009—1011.

Veal J. : Thrombosis of the axillary and subclavia veins. With a mate on the post-trombotic syndrom. Deutsch. Zeitsch. f. Gerich. Medizin, t. 34, 1941, p. 27—39.

Takats, F. Petersen : Über den Einfluss de Witterung auf das Entstehen von Lungenembolien. Deutsch. Zeitsch. f. Gericht. Medizin. T. 34, 1941, p. 27.

Titu Vasiliu : Manual de Anatomie Patologică Clinică. Cluj, 1939. Ed. Universității, 10⁰.

R. Geissendörfer : Thrombose und Embolie. Leipzig, 1935, 10⁰.

F. Henke-Lubarsch : Vol. II. Herz und Gefäße. Springer, 1923, 10⁰.

Samson Wright : Applied Physiology, Ed. II, 1928. 8⁰. Oxford University Press.

A. Brindeau : La pratique de l'art des accouchements. Vigot, 1927, 10⁰.

INSTITUTUL MEDICO-LEGAL CLUJ-SIBIU

R E S U M É**Contributions á l'étude des thromboses post-traumatiques**

On fait la description de 4 cas de thromboses post-traumatiques.

L'auteur arrive aux conclusions suivantes : Les traumatismes sont, dans certains cas, des facteurs adjuvants pour la production des thromboses, tandis que, dans d'autres, ils constituent les principaux facteurs déclenchants, grace aux perturbations locales (contusion de tissus et mise en liberté du fibrinogène tissulaire, stagnation de la circulation etc).

ZUSAMMENFASSUNG**Beiträge zum Studium der post-traumatischen Thrombosen**

Es werden 4 Fälle von post-traumatischen Thrombosen beschrieben, aus denen gefolgert wird dass die Traumen in manchen Fällen eine fördernde Rolle in der Entstehung der Thrombosen spielen, während in anderen ihre Wirkung mehr eine indirekt auslösende ist durch Verletzung der Gewebsfibrinogens, durch Stillstand des Kreislaufs u. s. w.

Considerațiuni asupra reacției Weltmann și Takata-Ara în infecțiunile hepatice

de

Dr. Ion Macave

În serviciul Clinicei noastre s'a urmărit întotdeauna utilizarea diferitelor reacții de laborator ca metode complementare, în vederea stabilirii unui diagnostic cât mai complet.

În 1937 Spârchez și Viclu, au publicat cercetările lor asupra reacției Takata-Ara în afecțiunile hepatice (Clujul Medical).

Un an mai târziu, în aceeași revistă, am studiat comportarea reacției Weltmann în afecțiunile pleuro-pulmonare inflamatorii și exudative.

Utilizată în procesele fibro-scleroase și crotice R. Weltmann întocmai ca și Takata ne dă prețioase indicațiuni în diagnostic și prognostic.

Se impunea deci un studiu comparativ al acestor două reacțiuni în care, să se urmărească comportarea lor în afecțiunile ficatului cât și în anumite procese străine de parenchimul hepatic — peritonite, care în cursul evoluției lor interesau mai mult sau puțin și ficatul (ciroze-perihepatite).

Nu vom insista asupra tehnicii sau interpretării reacțiunii, ele găsindu-se descrise în mod amănunțit în primul nostru articol asupra reacției Weltmann.

Vom aminti numai câteva date.

Prescurtarea coagulării sau folosind alt termen, devierea ei spre stânga ne indică prezența în organism, a unui proces inflamator, exudativ sau necrotic.

Se întâlnește în pneumonii, pleurezii exudative, peritonite, abcese pulmonare, nefroze, reumatism poliartricular acut, infarcte miocardice.

R. Teufel atribue o deosebită importanță reacției Weltmann, mai ales în infarctul miocardic. Dintr-o experiență, foarte vastă trage concluzii interesante.

Dacă un caz de angină pectorală cu dureri mari și semne electro-cardiografice de suferință coronariană, v'a prezenta reacția Weltmann în mod constant normală, nu trebuie să avem temeri, că se vor ivi complicațiuni (infarct).

Deci însă într'un caz ușor de angină pectorală, cu dureri mici și neînsemnate la care electro-cardiograma poate cel mult să indice mici turburări miocardice, reacția Weltmann urmărită zi de zi, v'a manifestat o tendință de deviere spre stg., vom suspecta întotdeauna un infarct.

Coagularea prelungită sau devierea coagulării spre dreapta, o întâlnim în procese fibro-scleroase, proliferarea celulare și alterațiunile ale parenchimului hepatic.

Coagulare normală, avem când coagularea se produce până în eprubeta VI-a sau VII-a. Sub VI, avem prescurtare, de la VII^{1/2} în sus prelungire a coagulării. O oarecare atenție în interpretarea coagulării, trebuie să avem la indivizii în vârstă, la care din cauza unor procese fibro-scleroase, putem întâlni coagulări până în eprubeta VII^{1/2}. La acești indivizi o coagulare normală până în eprubeta VI-a poate să denote în multe cazuri începutul ascuns al unui proces inflamator.

De asemenea ne mai putem întâlni cu o coagulare normală, când avem două procese morbide în organism cu tendințe opuse, de prelungire și de prescurtare. (De ex. ciroze hepatice cu pleurezii exudative sau nefroze). În aceste cazuri, influența devierii spre dreapta, este mai pronunțată, astfel că vom avea o coagulare până în eprubeta VII^{1/2} sau VII, foarte rar prescurtarea coagulării.

Statistica noastră cuprinde un număr de 105 cazuri.

Dintre acestea:

- 35 cazuri de Ciroze hepatice,
- 14 " " Hepatite cu ictere,
- 21 " " Tumori hepatice primitive și secundare,
- 9 " " Ficat Cardiac,
- 17 " " Peritonite,
- 8 " " diverse.

Din 35 cazuri de Ciroze în 32 reacția Weltmann și reacția Takata au fost pozitive, iar în 3 cazuri, nu aceleași, negative.

Bolnavul T. T. cu ciroză hepatică leucică și nefroză, prezenta Takata intens pozitivă, iar reacția Weltmann, normală (I—VII).

Reacția Takata nu este influențată de prezența nefrozei, pe când asupra reacției Weltmann acționează manifestând tendința de deviere spre stânga coagulării, rezultanta fiind coagularea normală.

Un alt caz, G. I. prezintă pe lângă o ciroză hepatică și o pleurezie exudativă. Reacția Takata este intens pozitivă, pe când în reacția Weltmann, coagularea se produce numai până în eprubeta VII^{1/2}, adică la limita inferioară a devierii spre dreapta, din cauza pleureziei care atrage banda de coagulare în spre stânga.

Când în organism se dezvoltă două procese morbide, unul fibro-scleros sau crotic și unul inflamator sau exudativ, cele două tendințe de prelungire și de

prescurtare a coagulării, dau naștere la o reacție normală.

Un singur caz din aceste 35, nu l-am putut interpreta; este al unui bolnav cu ciroză hepatică incipientă, la care reacția Takata era pozitivă, iar reacția Weltmann prezenta o pronunțată deviere spre stânga, coagularea producându-se numai în primele trei eprubete.

Cu toată observația și examinarea amănunțită a bolnavului, nu am putut pune în evidență niciun proces morbid care să poată explica această deviere spre stânga. La examinări repetate atunci și mai târziu, a persistat coagularea numai în primele trei eprubete.

Reacția Takata a fost negativă tot în 3 cazuri, două cu ciroză hepatică, unde coagularea se făcea în eprubeta I—VII^{1/2}, unul cu ciroză incipientă și ulcer duodenal unde și reacția Weltmann a fost normală (I—VII).

Coagularea maximă I—IX, a fost obținută în 5 cazuri de ciroză hepatică dintre care unul prezenta o ciroză atrofică ascitoasă.

În toate aceste cazuri și reacția Takata a fost intens pozitivă.

În 15 cazuri, coagularea s'a produs în eprubeta I—VIII și în 12 cazuri până în eprubeta VII^{1/2}.

Al doilea grup de afecțiuni hepatice, îl constituiesc hepatitele cu ictere, mecanice, infecțioase, etc.

Cea mai alungită coagulare, am obținut-o într'un caz de hepatică toxică prin intoxicare cu sulfat de cupru, unde coagularea se făcea până în eprubeta IX-a, reacția Takata fiind și ea pozitivă.

În 6 cazuri, prelungirea a fost până în eprubeta VIII-a, în 5 cazuri, până în eprubeta VII^{1/2}, iar în 2 cazuri reacția Weltmann era normală.

Reacția Takata a fost pozitivă în 6 cazuri, negativă în 8.

În hepatite, reacția Weltmann, pare să fie mult mai sensibilă decât reacția Takata, această sensibilitate manifestându-se cu destulă precocitate.

Sunt cazuri de hepatite prin ictere mecanice (litiazice), unde reacția Weltmann era prelungită, iar reacția Takata, normală, după o perioadă de câteva săptămâni, reacția Takata devenind și ea pozitivă. În alte cazuri asemănătoare reacția Takata a continuat să rămână negativă. De ex. într'un icter paraterapeutic care evolua de 7 săptămâni, cu un ficat mare, reacția Weltmann coagula până în eprubeta VIII-a, reacția Takata fiind mereu negativă, după vindecare și reacția Weltmann revenindu-și la normal.

În hepatitele survenite în urma unui obstacol mecanic trecător, sau mai bine zis care poate fi îndepărtat (litiază), reacția Weltmann prelungită și-a revenit treptat în spre o coagulare normală.

Aceste constatări, corespund și cu procesul anatomo-clinic, în ciroză leziunile fiind de cele mai multe ori definitive, pe când în hepatite ele sunt reductibile

parenchimul hepatic revenindu-și la capacitatea funcțională anterioară.

În tumorile hepatice, devierea spre dreapta nu este atât de pronunțată.

Din 22 cazuri de tumori, care interesau ficatul primar sau secundar, în 2 am obținut coagularea până în eprubeta IX, în 5 până în eprubeta VIII-a, în 8 cazuri până în eprubeta VII^{1/2}, în 5 cazuri coagularea era normală iar în 2 cazuri sub VI.

Reacția Takata era negativă în 13 cazuri. În toate cazurile unde reacția Weltmann era normală sau prescurtată și reacția Takata, cu excepția unuia singur, a fost negativă.

Cazurile cu coagularea prescurtată sau coagularea numai până în eprubeta VI-a, cred că ar putea fi interpretate ca prezentând mici focare destructive, necrotice, în parenchimul hepatic, sau poate numai angiolite care să determine o deviere spre stg. a coagulării.

Comparativ cu reacția Takata și în aceste cazuri reacția Weltmann pare să fie mai sensibilă și utilizând-o să se poată depista mai curând alterațiunile care se produc la nivelul parenchimului hepatic.

Am urmărit reacția Weltmann și Takata și la cardiaci care prezentau fie o ciroză cardiacă, fie numai un ficat de stază. Acolo unde ciroza nu era încă prezentă, bolnavul fiind la primele lui lipsistoli, reacția Weltmann ca și Takata, era negativă, respectiv coagularea era normală (I—VI), sau cel mult prelungită până în eprubeta VII^{1/2}. Acolo însă, unde ciroza era deja instalată, reacția de coagulare se producea până în eprubeta VIII-a iar în două cazuri până în eprubeta IX-a. Unul dintre aceste cazuri, cu coagularea mult prelungită, avea o endocardită evolutivă fără participarea evidentă a ficatului.

Este interesantă constatarea lui Teufel, confirmată și prin acest caz, după care în stări generale alterate de natură tifică, septică, etc. alungirea coagulării trebuie interpretată foarte grav din punct de vedere al prognosticului, fiind o indicație a sfârșitului apropiat.

Această prelungire, s'ar găsi în mod permanent în cursul endocarditelor evolutive.

Când ne găsim în fața unui proces peritoneal exudativ care mai curând sau mai târziu dă naștere la reacțiuni fibroase, reacția Weltmann reoagă fidele evoluția anatomo-clinică.

Cu ajutorul ei, putem depista momentul în care procesul inflamator peritoneal, începe să dea reacțiuni peri-viscerale (peri-hepatite).

La începutul evoluției, reacția Weltmann va fi întotdeauna prescurtată, mai târziu coagularea se produce între limitele normale trecând într-o deviere spre dreapta, atunci când inflamațiunea și-a pierdut din intensitate și avem deja instalate reacțiunile fibroase peri-viscerale.

Coagularea maximă, până în eprubeta VIII-a, am întâlnit-o acolo unde era deja prezent un proces de peri-hepatită.

În aceste cazuri și reacția Takata a fost pozitivă. Chiar și într'un caz unde reacția Weltmann era prescurtată din cauza unei pleurezii, reacția Takata a fost pozitivă, ea nefiind influențată, după cum am amintit și la început, de prezența unui proces inflamator sau exudativ.

Urmărită în alte cazuri ca de ex.: Chist hidatic hepatic, atât reacția Weltmann cât și Takata, erau negative, respectiv normale.

Acolo însă unde chistul a fost operat, dând naștere la aderențe și la peri-hepatite, reacția Weltmann a fost prelungită.

În 3 cazuri de sindrom Bantl, reacția Weltmann coagula până în eprubeta VII^{1/2}, reacția Takata era pozitivă.

În două cazuri de uşoare hepato-megalii, ambele reacții au fost negative.

Din cercetările de mai sus, putem desprinde următoarele concluzii:

Reacția Weltmann se prezintă ca o reacție aproape specifică în procesele fibro-scleroase, proliferațiunile celulare, endocardite maligne și mai ales în alterațiunile parenchimului hepatic.

Alungirea maximă a coagulării, se obține în destrucțiunile masive ale ficatului, atrofia galbenă acută (I—IX), urmează la rând cirozele hepatice (I—VIII, I—IX), apoi cirozele cardiocilor, hepatitele, tumorile, icterele mecanice, peri-hepatitele și pleuro-peritonitele fibro-scleroase, coagularea urmând între eprubeta VII^{1/2}—VIII.

Noi, contrar altor autori, am găsit o concordanță între reacția Weltmann și Takata, mai ales în procesele cirotice, unde merg absolut paralel, în afară bine înțeles de cazul când intervine și o altă afecțiune care să influențeze în sens invers coagularea.

În hepatitele infecțioase sau de origine toxică, ictere mecanice, reacția Weltmann după cum am mai remarcat, pare să indice cu mai multă precizie și precocitate prinderea ficatului în procesul morbid, decât reacția Takata.

Aceleași constatări se aplică și în tumorile capului pancreasului sau căilor biliare, care interesează ficatul în mod secundar.

Din 7 cazuri de tumori ale capului pancreasului, cu icter, reacția Weltmann a fost pozitivă în toate, pe când reacția Takata numai în două.

Comportarea lor este identică în cirozele cardiace și în peri-hepatite.

Concluziile la care am ajuns ne îndreptătesc să recomandăm utilizarea reacției Weltmann atât în laboratoarele din Clinici cât și în practica clinică.

	Reacția Weltmann					Reacția Takata-Ara		
	I—IX	I—VIII	I—VII $\frac{1}{2}$	Normală	Prescurtată	Intens pozitivă	Pozitivă	Negativă
Ciroze hepatice 35 cazuri	5	15	12	2	1	12	20	3
Hepatite cu ictere 14 cazuri	1	6	5	2			6	8
Tumori hepatice 21 cazuri	2	5	7	5	2	2	7	12
Ficat cardiac 9 cazuri	2	2	2	3			6	3
Peritonite 18 cazuri		3	7	3	5	3	7	8
Diverse 8 cazuri			4	4			3	5

CLINICA MEDICALĂ I CLUJ—SIBIU
Director Prof. Dr. Iuliu Hațieganu

RESUMÉ

Considérations sur les réactions de Weltmann et de Takata-Ara dans les affections hépatiques

L'auteur publie ses observations sur les réactions Weltmann et Takata-Ara étudiées, sur cent cinq cas d'affections hépatiques.

Il constate une analogie entre ces deux réactions qui peuvent être appliquée avec succès dans le diagnostic des cirrhoses du foie, hépatites, périhépatites etc. ...

Dans les cas de hépatites infectieuses, icteres, c'est la réaction Weltmann qui semble être plus sensible, nous indiquant avec plus de précision et précocité la participation du foie dans le processus morbide.

Chacune des deux réactions — vue la technique simple qu'elles nécessitent — peut être facilement employée même dans la pratique journalière.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über Weltmann- und Takata-Ara-Reaktionen bei Leberaffektionen

Der Verfasser veröffentlicht seine Beobachtungen in 105 Fällen von Leber-Parenchym-Affektionen wobei die Weltmann-Takata-Ara-Reaktion angewendet wurde.

Er stellt ein Aehnlichkeit fest zwischen diesen beiden Reaktionen, welche mit Erfolg bei Leber-Zirrhose, Hepatitis, Perihepatitis etc. angewendet werden können.

Bei infektiöser Hepatitis, Gelbsucht, scheint die Weltmann-Reaktion die empfindlichere zu sein, indem sie mit mehr Genauigkeit die Beteiligung der Leber im Krankheitsprozess anzeigt.

Beide Reaktionen können auch in der täglichen Praxis leicht angewendet werden, da ihre Technik, eine einfache ist.

Un caz de coree cu stenoza mitrală

de

Dr. Todea Corneliu și Dr. Pelea Ioan
medic primar medic secund.

Cazurile de coree cu leziuni cardiace sunt relativ destul de dese. Descrierea clinică a acestora s'a făcut în mod complet. Dacă totuși scoatem în evidență acest caz observat de noi în Spitalul din Turda, se datorește faptului că mișcările coreice, care se prezintă la pacienta noastră, sunt totdeauna premerse de oboseli, de palpitații, de tuse, uneori de mici hemoptizii, ceea ce denotă ușoare semne de insuficiență circulatorie, în legătură cu stenoza mitrală pe care o prezintă. Uneori bolnava prezintă mici absențe sau chiar pierderi de conștiință. Dacă nu cunoaștem evoluția acestui caz și am fi consultați cu ocazia unui accident, descris mai sus, am fi tentați să credem că tot tabloul motric cu mișcări coreiforme, este declanșat de boala ei de inimă. Ori studiind acest caz, se observă că, leziunea cardiacă se ivește numai ca o complicație în tabloul clinic al coreei.

Iară descrierea clinică a cazului observat: R. E. în etate de 14 ani, din comuna Oprîșani, jud. Cluj-Turda, este bolnavă de 5 ani. Boala i-a debutat în

mod insidios cu tremurături în tot corpul, uneori cu adevărate mișcări tonico-clonice, care mai ales sunt accentuate la nivelul extremității cefalice și ale membrilor superioare și inferioare. Aceste manifestări se accentuează uneori, încât nu poate depune nicio activitate. Între timp are și perioade de alcamie. Examinată de medic la începutul boalei, i s'a diagnosticat coreea. După boala la câteva luni observă că obosește, are palpitații și uneori cu tuse mici spute hemoptice și mai observă că în legătură cu aceste oboseli, se accentuează sau chiar provoacă tremurături în extremitatea cefalică și membrele superioare.

În luna Septembrie 1941, a fost internată în secția medicală a Spitalului de Stat Turda. În timpul acestei internări, i s'au făcut toate examinările necesare și s'a constatat următoarele: aspectul general al bolnavei și colorația tegumentelor este normală. Ochii sunt ușor exoftalmici. Glanda tiroidă este ușor mărită. Din partea aparatului respirator, la percuție se obține sonoritate, iar la auscultație murmur vezicular.

Aparatul cardio-vascular prezintă următoarele: matitatea precardiacă este între limite normale. Șocul apical bate în al 5-lea spațiu intercostal. La vârful inimii, la ascultație, se percepe un flu suflu presistolice și un rulment diastolic cu dedublarea șgomotului al 2-lea la focarul pulmonar. După efort, aceste semne stetacutice se accentuează. Radioscopic și prin ortocardiogramă, se constată o bombare a arcului mijlociu. Punctul G este foarte coborât, iar în poziție oblic posterioară dreaptă, se observă că atriul stâng este hipertrofiat și bombează deasupra umbrel coloanel vertebrale.

Aparatul digestiv, și anexele sale nu prezintă nimic patologic.

Reflexele, cu deosebire cele patelare, sunt puțin exagerate.

Aparatul uro-genital nu prezintă nimic deosebit.

Diagnosticul în cazul nostru a fost de coree și stenoză mitrală.

Între cauzele infecțioase ale stenozei mitrale, se consideră și coreea. Etiologia ei, după ultimele cercetări este un virus filtrant foarte aproape de grupul encefalitel letargice. Heredo-sifilisul, după părerea multor cercetători, se crede că ar juca un rol în pregătirea terenului. Stenoză mitrală poate surveni ca o complicație a endocarditel, datorite aceluiasi virus. Ceea ce este greu de precizat în cazul nostru, este faptul că în decursul stenozei mitrale se pot ivi tulburări nervoase, așa zise crize epileptice cardice, descrise de Lemoine și Potaine, a căror patogenie a fost foarte discutată. Unii susțin că este probabil vorba de crize convulsive, datorite unor leziuni cerebrale corticale minime, cari au la origine stenoză mitrală și cari prin staza ce o provoacă în domeniul circulației cerebrale, pot să joace rolul unei acțiuni favorizate în provocarea crizelor epileptiforme.

După cum aminteam la începutul acestei lucrări, cazul nostru este mai puțin obișnuit prin faptul că crizele coreiforme coincid cu tulburări din partea cordului. Credem că în acest caz, este vorba de o coree cu alură cronică și o stenoză mitrală, ivită ca o complicație secundară. Totuși se poate pune chestiunea, dacă micile tulburări circulatorii, pe care le provoacă stenoză mitrală, nu pot și ele declanșa crizele coreice.

Prognosticul cazului descris, este rezervat. Cronicitatea coreei este neinfluențabilă. Stenoză mitrală o face incapabilă de eforturi fizice mai grele și este expusă, după o anumită vârstă (40 ani), să se prezinte insuficiența circulatorie, dacă alte boli intercurrente nu agravează situația bolnavului.

În ceea ce privește tratamentul în acest caz, trebuie făcut cu totul distinct, atât pentru coree, cât și pentru stenoză mitrală. Pentru coree am administrat preparate arsenicale, însă rezultatul în formele cronice este foarte puțin eficace. În ce privește stenoză mitrală, până este compensată, o tratăm cu regim igienico-dietetic și eventual sedative neuro-vegetative.

Bibliografie

- H. Claude: Maladies des systemes nerveux.
Hațieganu și Goia: Elemente de semiologie și clinică medicală.
Ch. Laubry: Maladies du coeur.
Mehring: Belgyógyászat.
A. Proche: La cardiologie du praticien.
Porjesz: Belgyógyászat.
L. Ramond: Conférences de clinique medical pratique.
G. H. Roger, F. Widal, P. J. Teissier: Nouveau traite de medecine.

SPITALUL DE STAT TURDA

RESUMÉ

Un cas de chorée chronique compliquée avec un sténose mitrale.

On fait la description d'un cas de chorée chronique, compliquée avec une sténose mitrale. On discute si la sténose mitrale par ses troubles circulatoires ne peut donner lieu a des mouvements tonico-cloniques epileptiformes. Dans le cas qui nous est présenté les mouvements sont empêchés par de petits troubles circulatoires.

ZUSAMMENFASSUNG

Ein Choreea Fall kompliziert mit einer Mitralstenose.

Man beschreibt einen chronisch komplizierten Choreea Fall mit einer Mitralstenose. Man bespricht ob die Mitralstenose durch ihre Zirkulationsstörungen nicht tonisch-klonische epileptische Bewegungen hervorrufen kann. In dem beschriebenen Falle sind die choreischen Bewegungen durch kleine Zirkulationsstörungen intrikirt.

Proteză de cauciuc în loc de cholecistoduodenostomie

de

I. Philipovicz

Bolnava în vârstă de 35 ani are bogate antecedente personale. Afară de alte boli a făcut o pielonefrită și o colită ulceroasă, a suferit deseori de dureri surde în regiunea ficatului și prezintă o stigmatizare intensă a sistemului vegetativ.

În ultimele luni nu se plângea de nimic. Boala actuală a debutat cu un icter care s'a instalat în mod brusc și fără dureri, cu o ocluziune biliară imediată și completă și cu frisoane. Numai după aceasta s'au ivit dureri intense, surde în regiunea ficatului în epigastriu și la spate, vomismente, fecalele fiind acholice.

După un tratament intern de o săptămână, cu medicamentele obișnuite, fenomenele au regresat repede, fierea s'a scurs iar. După alte zece zile criza s'a repetat exact ca prima dată, fără colici și văzând că după 14 zile nu se ameliorează, m'am decis pentru intervenție. Am fost de părere că nu poate să fie vorba de o litiază, lipsind fenomenele prealabile, că ar putea fi vorba însă sau de un corp străin în canalul choledoc sau de o ocluziune prin presune alternativă de afară.

Operația executată la 18 Iunie 1940 în narcoză cu eter și cu secționarea de-a-lungul bordului coastelor, a prezentat următoarele la bolnava foarte corpulentă și scundă: ficatul în întregime tumefiat, numeroase aderențe întinse între perețele inferioare al ficatului și stomac; vezica biliară mică. Colonul și duodenul sbârclit, cu perețele îngroșat și cu numeroase aderențe vechi, lese la lveală numai după debridarea aderențelor. Nu se poate palpa niciun concrement, nici în canalul choledoc. În schimb însă, prin duodenul în parte mobilizat, se palpează net la papilă o îngroșare de mărimea unui sâmbure de creș. De aceea se descoperă papila pe calea transduodenală; papila e ocupată de o tumoare rotundă, în formă de con, pe tot întinsul ei, de culoare roșietică; tumoarea are înfățișarea unui prolaps de mucoasă umflat asemănător unei flimoze. Nu se găsește niciun concrement. În urma presiunii intense asupra canalului choledoc, centrul se colorează în verzul. Urmează excizia circulară a acestei îngroșări strict limitate care nu prezintă nicio infiltrațiune, după ce în prealabil s'a făcut o secționare [radială] axilară prin îngroșare. Imediat se scurge o cantitate mare de fiere. Hemoragia de intensitate mijlocie se oprește prin tifon „Stryphon”.

Sonda introdusă ajunge fără obstacol până în canalul hepatic. Se fixează suprafața rânii duodenale de aceea a papilei printr-o sutură cu mătasea cea mai subțire. Deși după aceasta sonda trece ușor, totuși mi-e grijă să nu se nască o stenoză cicatricială.

De aceea după sutura duodenului se face încercarea unei cholecistoduodenostomii, deoarece perețele canalului choledoc e îngroșat prin cicatrici, fixă, imobilă și nu se pretează pentru sutură din cauza fragilității.

Dar și vezica biliară fiind foarte mică și sbârclită, la fel cu perețele fragili și o mobilizare neavând perspective, am urmat următorul procedeu asemănător celui descris de Jenkel și Verhogen și de alții: un tub subțire de cauciuc cu diametrul de 5 mm se implantează în vezica biliară conținând bilă, fixându-l prin suturi Lembert care reușesc relativ bine la perețele posterioare, după ce se apropiase perețele vezicii bilare de duoden; printr-o incizie mică tubul se introduce în duoden formându-se un canal oblic scurt.

Urmează închiderea impermeabilă la perețele anterioare al vezicii bilare și a duodenului. În sfârșit, distanța în față între amândouă nu mai este decât de cca 5 mm. Un capăt al omentului se fixează moale pe deasupra, un dren se pune în apropiere, iar perețele abdominală se închide cu excepția deschizăturii prin care lese drenul. După șase zile secrețiile ușoare de conținut al duodenului; de altfel decursul e foarte favorabil, icterul regresează.

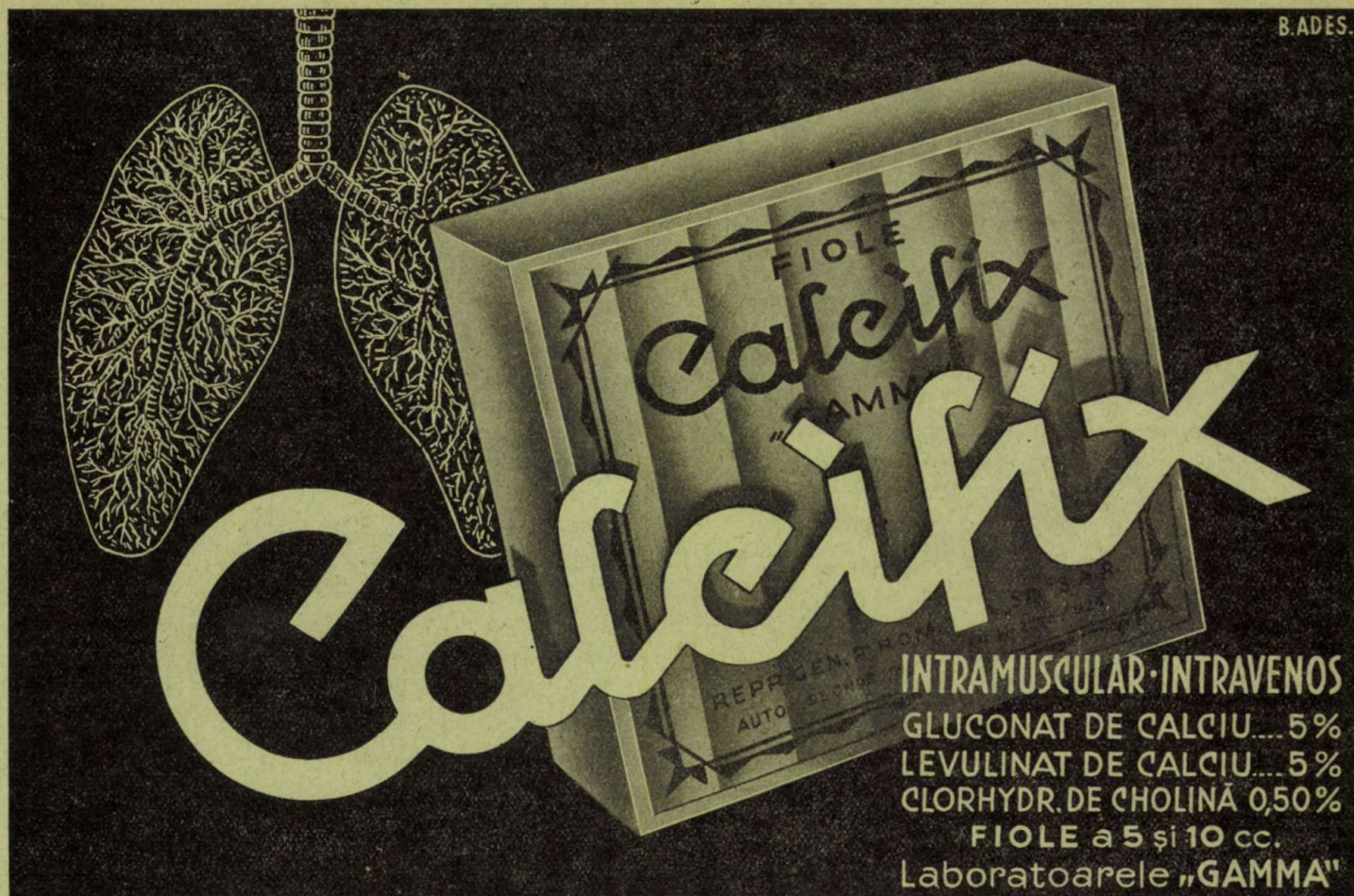
După alte patru zile bolnava continuă să se simtă bine. Activitate intestinală, secrețiile moderată.

Examenul histologic al tumorii excizate dă ca rezultat un carcinooid Oberndorfer. Aceste tumori, descrise întâiu de Lubarsch, constau din grămezi de celule cilindrice sau mai mult rotunjite, legate între ele printr-o substanță cletoasă, așezate într-o substanță mai solidă, deschisă și conținând fibre elastice.

În unele din aceste tumori, Oberndorfer a găsit și fibre musculare lise. Aceste tumori mici se nasc din germeni tisulari congenitali din criptele lui Lieberkühn sau din pancreas. Ele își au sediul aproape exclusiv numai în intestinul subțire și în cec și nu sunt foarte maligne întru cât au o latență deosebit de lungă.

În cazul nostru tumoarea era strict limitată. Din această cauză s'a executat numai excizia, presupunându-se că avem a face cu unul dintre adenomele ce se găsesc la papilă. Decursul ulterior a fost favorabil. Secrețiunea a încetat după scurt timp. Nu am putut observa dacă tubul de cauciuc a fost eliminat prin intestin deoarece zece zile după operație am fost nevoit să mă refugiez de bolșevici. În schimb însă după 16 luni am primit relații după care bolnava se află foarte bine și a născut un copil sănătos.

În general, protezele de cauciuc nu se recomandă prea mult pentru posibilitatea încrustării și celelalte pe-



Calcifix

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS
 GLUCONAT DE CALCIU.... 5 %
 LEVULINAT DE CALCIU.... 5 %
 CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50 %
 FIOLE a 5 și 10 cc.
 Laboratoarele „GAMMA”

OVOCALCIUM

GYNOFOLIN + GLUCONAT DE CALCIU

Turburări de insuficiență ovariană, anovarii congenitale, sau câștigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cmc. pentru inj. intramusculare. Una fiolă la 2 zile.

Flacoane cu 35 comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern, 3—4 pe zi.



Antiartritic

Antireumatic



Fiole

Picături

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

BRONCHISAN

Asthma-Tabletten



Mijloc sigur pentru
tratamentul peroral
și prevenirea ac-
ceselor de asthm.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu 6.

ricole inerente unul corp străin lăsat în adâncime. De aceea împreunări directe prin sutură vor fi totdeauna preferate. În acest caz însă nu a putut fi găsită o altă soluție din cauza împrejurărilor descrise mai sus, abstracție făcând de cazul că ne-am fi decis din capul locului pentru o resecție duodenală radicală cu cunoșcutele pericole ale acestora.

RESUMÉ

Prothèse de caoutchouc au lieu de cholécystoduodénostomie

On décrit une tumeur de la papille de Vater, accompagnée d'ictère, chez une malade de 35 ans, opérée et guérie,

où à l'opération on a appliqué une prothèse de caoutchouc au lieu de cholécystoduodénostomie.

ZUSAMMENFASSUNG

Gumiprothesen statt Cholecistoduodenostomie

Bei einer Kranken von 35 Jahren wird ein Gewächs an der Vater-Papille mit Gelbsucht, beschrieben, welches durch Operation geheilt wurde und wo bei der Operation statt der Cholecistoduodenostomie eine Gumiprothese angewandt wurde.

Medicină de războiu

Plăgile oculo-orbitare de războiu

de

Dr. Nicolae Zolog, asistent universitar
medic locotenent de rezervă

Intr-o comunicare, făcută la Societatea științelor medicale din Cluj la Sibiu, arătăm, după descrierea câtorva leziuni oculare de războiu, că este necesară o reformă în organizarea asistenței noastre oculare de războiu.

În războiul modern care utilizează efective enorme și se deplasează rapid, serviciul sanitar trebuie să se acomodeze nouilor condiții „adoptând principii noi rezultate din necesitatea de a se adapta noulor mijloace de luptă”¹⁾.

Toate armatele și-au modificat serviciul sanitar pe baza experienței războiului din 1914—18 la care noi putem adăuga aproape un an de campanie în Rusia. Această reformă trebuie inițiată de medicii militari (activi sau de rezervă) în atribuția cărora intră și „studierea și propunerea de măsuri și noul înființări de formațiuni sanitare”²⁾ pentru a putea răspunde efectiv chemărilor lor de a conserva și recupera efectivele și prin aceasta întreținând războiul să se „vizeze însăși țelul său suprem, victoria”³⁾.

În cele ce urmează vom viza numai latura asistenței oculare în războiu, căreia nu i s'a dat importanța cuvenită până acum.

Leziunile oculo-orbitare de războiu, fără să aibă o fizionomie aparte prezintă totuși câteva caracteristici, care le deosebesc suficient de plăgile din timp de pace, caracteristici care în mai ales de agenții vulneranți.

Localizarea plăgilor oculare de războiu este dominată de hazard, iar clasificarea lor nu se îndepărtează de cea clasică a traumatismelor oculare.

D-l Profesor D. Manolescu în „Probleme de medicină de războiu” (vol. II. Ed. Academiei de medicină București, 1940) a făcut o descriere sistematică și completă a leziunilor oculare de războiu.

Pentru a fixa mai bine aspectul acestor leziuni noi vom descrie în cele ce urmează, pe scurt, câteva din cazurile observate în Spitalul de Campanie Nr. 15 în vara și toamna anului 1941, prezentând plăgi cu sediu, etiologie și prognostic variat și care reclamau intervenții de urgență.

Obs. I. N. P. șofer, pe o camionetă sanitară. Pe când se îndrepta dela un spital de campanie spre ambulanță a fost mitraliat din față și dela mică înălțime de un avion inamic. Aplecat de groază asupra volanului a primit în față, tangential un snop de gloanțe de mitralieră și cioburi de sticlă dela parbrizul mașinii, care i-au provocat o serie de plăgi la cap, umăr, torace și membrele superioare. Văzut după 1/2 oră dela rănire prezenta o ruptură întinsă a pleoapei inferioare O. S., ruptură care se întindea până aproape de aripa corespunzătoare a nasului. Ochiul stâng mai prezenta o plagă sclerală penetrantă la 2 mm. de limbul corneene în sectorul inferonasal. Un glonț intrat la nivelul rădăcinii nasului despicașe în două nasul și buzele rănitului. Celelalte gloanțe au provocat o serie de plăgi bipolare în antebrate, mâni, umărul și hemitoracele drepte.

I-am suturat îndată plăgile oculo-palpebrale și cele ale nasului și buzelor. După 4 zile am scos firele de sutură, iar în a 8-a zi rănitul a fost evacuat cu fața și ochiul refăcute.

Obs. II. Serg. T. R. Lovit înainte de a fi văzut de noi cu o zi de un glonț în regiunea temporală stângă. La examenul obiectiv constatăm în regiunea temporală stângă la aproximativ 4 cm. de marginea orbitară o plagă cutanată stelată sub care

¹⁾ Col. Dr. V. Popovici și Lt.-Col. Gh. Popovici: Cunoștințe elementare despre serv. sanitar în campanie. C. Lung—Muscel 1926.

²⁾ Ibidem.

³⁾ Ibidem.

peretele orbital era fracturat și infundat. În dreptul sacului lacrimal drept se observă o plagă largă rotundă. Proiectilul a intrat deci prin regiunea temporală stângă, a străbătut orbita stângă, etmoidul și fosele nazale ieșind în dreptul unghiului palpebral intern drept și sectionând între altele nervul optic stâng. Facem o orbitotomie externă pentru a culege eschilele osoase antrenate de glonț, urmată de sutură, iar la orificiul de ieșire curetaj al celulelor etmoidale și extirparea sacului lacrimal. După câteva zile rănitul este evacuat fără reacțiuni orbitare și cu conservarea anatomică a ochiului stâng.

Obs. III. Soldat prezentând o plagă prin schije cu orificiul de intrare neregulat la nivelul obrazului drept, străbătând palatul dur, sinusul maxilar stâng și pătrunzând în orbita stângă. La un examen mai amănunțit constatăm un chemosis accentuat al conjunctivelor ochiului stâng alături de o puternică reacție orbitală stângă. Globul ocular complet zdrobit nemaiputându-se recunoaște membranele componente. Starea generală a rănitului destul de gravă. Procedăm după anestezie locală la enucleerea resturilor de glob ocular. Cu această ocazie se constată că peretele inferior al orbitei este zdrobit și eschile din el sunt aruncate în orbită. O schijă lungă de 7—8 cm. și groasă de 2 cm. se află în parte în orbită, în parte în sinusul maxilar stâng. Tavanul orbital de asemenea fracturat, descoperind dura care prezintă de asemenea câteva mici rupturi. Am extras schija și eschilele osoase complet detașate, am suturat dura și am spălat cavitatea orbitală cu ser fiziologic cald și la urmă drenajul ei cu fire de crin de Florența.

După câteva zile starea generală a bolnavului s'a ameliorat, iar orbita a început a se liniști. Evacuat după 9 zile.

Un caz similar în care peretele superior orbital era complet distrus împreună cu o parte a lobului frontal nu a putut fi salvat.

Gravitatea leziunilor orbito-oculare după cum se desprinde din descrierile de mai sus este adesea mare, compromițând pentru totdeauna funcția organului și uneori amenințând chiar și viața rănitului. Pierderea vederii ochilor răniți se întâmplă în 61% după Hertel și 66% după Vagenmann.

Frecvența plăgilor oculo-orbitare s'a accentuat în același ritm cu perfecționarea mijloacelor de luptă. După Hertel în războiul franco-german din 1870—71 abia 0,86% din plăgile de război au fost oculare; în războiul ruso-japonez (1904) acest procent s'a ridicat la 2,2%, iar în campania din 1914—18 a atins 10%.

Inmulțirea nelimitată și varietatea excesivă a proiectilelor explosive (bombe, obuze, mine, grenade etc.) face ca în războiul actual numărul plăgilor orbito-oculare să fie mai mare decât în războiul trecut.

Este de sigur un procent considerabil dată fiind mărimea organului în raport cu dimensiunile corpului. Explicația o găsim în fragilitatea ochiului, pentru care traumatisme mici, neînsemnate pentru restul corpului, pot fi fatale. La aceasta se mai poate adăuga și faptul că ochii beneficiază mai puțin decât restul corpului de adăpostul tranșei și de protecția căștii.

Tratamentul plăgilor oculo-orbitare trebuie să țină seama de faptul capital că „dans le globe, cet organ de dimension si réduit où, au point de vue physiologique pour ainsi dire chaque cellule compte, la necrose

la plus circonscrite peut entraîner des troubles fâcheux”¹⁾. Această economie de celule se poate realiza dacă tratamentul plăgilor oculare se face la timp, de specialist, prevăzut cu utilajul necesar. De fapt aceste deziderate concordă perfect cu principiile de totdeauna ale tacticii sanitare care prevăd între altele întrebunțarea mijloacelor sanitare în raport cu specialitatea lor tehnică și cer ca rănitul să ajungă în cel mai scurt timp la locul de tratament potrivit rănii sale.

Trecând acum pe terenul practic al organizării noastre sanitare în actualul război vom încerca să arătăm ceea ce ar mai trebui să se facă alături de ceea ce s'a realizat până acum pe tărâmul oftalmologiei de război.

Ca și în războiul trecut nu avem astăzi la formațiile sanitare din zona operațiilor (batalion, regiment, ambulanță divizionară și spitale de campanie) nici un serviciu pentru asistența plăgilor oculare. Abia pentru zona etapelor regulamentele noastre sanitare militare prevăd pentru fiecare corp de armată câte un spital având mai multe secții de specialitate între care și de oftalmologie. Dar la ce distanță de front se găsesc aceste spitale pentru ca răniții să poată beneficia de serviciile lor în timp util? În momentul când scriu aceste rânduri un spital de specialități se găsește la sute de km în urma noastră, iar în campania din vara și toamna anului 1941 tendința a fost ca răniții oculari să fie evacuați direct la Iași și București. Cel care cunosc numai aproximativ posibilitățile de transport din Rusia își vor da seama cu ușurință că acești răniți vor ajunge la specialist abia după multe zile de călătorie, cu pansamente enorme peste ochi, sub care acesta va găsi de cele mai multe ori panoftalmii și supurațiile cele mai variate, care reclamă debridări largi sau alte intervenții mutilante.

De avioanele sanitare care l-ar putea transporta la timp pe acești răniți spre formațiile sanitare competente, la noi beneficiază numai o infimă parte de răniți gravi. Și cum aprecierea gravității nu e făcută de oculist, răniții oculari sunt considerați și azi ca și în trecutul războiului ca fiind răniți ușor dat fiind faptul că pot fi evacuați „șezând”.

Dacă nu putem transporta în timpul necesar pe rănit la o formație sanitară care să fie în situația de a-l trata, trebuie împlinit specialistul mai înainte pentru a da asistența de specialitate necesară. Să nu se mai creadă ca în celalalt război că chirurgia oculară de război se reduce la enucleația globului ocular și această operație o poate face azi ori ce chirurg. Excese de zel ca enucleerea ambilor ochi de către unii mănunchi de zecești ai bisturiului, de teama oftalmiei simpatice așa cum menționează Redslob că s'a petrecut în trecutul războiului mondial, nu trebuie să se facă.

¹⁾ Redslob in Traité d'opht. publ. de la S. F. O. 1940.

Formația sanitară indicată a face intervențiile oculare de specialitate și după experiența războiului actual este spitalul de campanie. El posedă și un generator electric care face posibilă utilizarea unui aparat Roentgen și a unui electromagnet atât de necesare pentru localizarea și extragerea corpurilor străine metalice din ochi și orbită. Aici la spitalul de campanie unde rănitul poate ajunge în primele ore după rănire, indiferent de condițiile de transport, trebuie să se găsească specialistul cu arsenalul lui tehnic, căci cu cât intervenția lui va fi mai apropiată de momentul rănirii cu atât șansele de a economisi cât mai multe celule vor fi mai mari.

Un alt motiv care indică spitalul de campanie drept locul cel mai potrivit pentru tratamentul inițial al traumatizațiilor oculare este faptul că acești răniți prezintă de cele mai multe ori și alte plăgi însemnate, în alte regiuni ale corpului, care pot fi tratate aici de medicii competenți, ceea ce nu ar fi posibil într'un spital de pură specialitate oftalmologică.

Care este limita timpului util în care se poate încerca păstrarea organului? După Duverger și Velter limita maximă în care se pot încerca ori ce intervenții conservatoare asupra orbitelor și ochiului este 48 ore. Dar tot după experiența acestor autori intervenția nu va fi niciodată prea apropiată de momentul rănirii, foarte repede ea devine însă tardivă. Cu mijloacele de evacuare de care dispunem numai la spitalul de campanie poate ajunge rănitul în acest timp.

Atitudinea ce trebuie să adoptăm față de plăgile oculo-orbitare de război se deosebește de regulile chirurgiei generale de război. Această deosebire ține de marea economie de țesuturi ce trebuie să facem după cum scriam mai înainte și de comportarea diferită față de infecțiuni a regiunilor periculare. Într'adevăr pe când chirurgia generală de război are

drept fir conducător axioma: debridări largi, chiar cu contracții în părțile declive, plăgilor oculare și palpebrale într'o apreciabilă proporție li se poate aplica sutura primitivă care este dezastruoasă pentru alte regiuni. Această aplicare e posibilă deoarece de multă vreme se știe că nu toate regiunile corpului au o rezistență identică față de infecțiuni.

Țesuturile craniului și ale feței au o vascularizație bogată care le apără de acțiunea agenților patogeni; gangrena gazoasă nu se întâlnește la față.

Un element favorabil important de reținut este faptul că gloanțele și schije care izbesc fața nu antrenează ca în alte părți bucăți de haine sau alte impurități care sunt vectoarele infecției.

Sutura primitivă este deci indicată plăgilor orbito-oculare și faciale, evitându-se prin aceasta cicatricile întinse mai nefaste aici decât în alte părți atât din punct de vedere funcțional cât și estetic.

Concluziile practice ce se degajază din cele de mai sus sunt:

1. Leziunile oculare de război, în majoritatea cazurilor, trebuie considerate cel puțin tot atât de grave ca și plăgile mari cu fracturi ale membrilor.

2. Intervenția operatorie trebuie făcută cel mai târziu la 48 ore de la rănire.

3. În intervalul de timp enunțat tratamentul indicat este cel conservativ condiționat adesea de sutura primitivă.

4. Formațiunea sanitară cea mai indicată pentru efectuarea acestui tratament este spitalul de campanie.

5. Pentru tratamentul plăgilor oculare spitalul de campanie să i se completeze trusa de oculistică existentă și să fie dotat alături de ap. Roentgen existent cu un electromagnet.

SPITALUL DE CAMPANIE Nr. 15

Febra de Wolhynia

(Febra de Tranșee, Trench Fever, Febris Quintana)

de

Medic Lt.-Colonel Dr. Liviu Ursu Med. Lt. Dr. Temistocle Vălceanu
Seful Spitalului 7 Campanie

Med. Sublt. Dr. Sorin Perianu

Una din problemele de importanță capitală pe care trebuie să le rezolve, sub dublul aspect, preventiv și curativ, serviciul sanitar în timp de război, este aceea a epidemiei.

În cursul actualului război și în special în campania din Crimeea nu am avut de înregistrat până la 1 Aprilie 1942, decât cazuri sporadice de maladii con-

tagioase, grație vaccinațiilor, modulul de funcționare a serviciului sanitar și mai ales depistării și izolării la timp a primelor cazuri.

Maladiile contagioase întâlnite au fost disenteria bacilară și enterocolitele disenteriforme. Gripa, febra tifoidă și tifusul exantematic.

Dintre toate, acesta din urmă, prin complexul de

împrejurări ce favorizează contaglunea sa și care se găseau realizate în condițiile de igienă pe front, ar fi putut lua o extensivitate mai mare, așa cum s'a petrecut în războiul nostru trecut. Cu toate acestea, în toată această primă parte a campaniei din Crimeea, nu s'au semnalat decât 7 cazuri, care au fost izolate în Spitalul nostru, așa încât suntem îndreptățiți să credem că perspectiva unei epidemii este exclusă. În cursul lunii Martie 1942, am avut ocazul să internăm 7 cazuri de febră de tranșee. Această maladie, deși de un prognostic benign, prezintă totuși o oarecare importanță, prin aceea că este de un diagnostic relativ greu și necesită o convalescență lungă, debilitând bolnavul.

Atențiunea asupra existenței febrei wolhyalene în armata noastră ne-a fost atrasă în special de faptul că, în Spitalele germane de campanie, cazurile erau foarte numeroase.

Febră wolhyliană prezintă filonomia netă a unei maladii infecțioase acute și contagioase. Asupra etiologiei sale nu avem încă date precise. Unii autori admit ca agent un spirochet, care s'ar transmite de la om la om prin păduchele de corp ca și prin acel de cap.

Alții incriminează existența unui virus filtrant, care ar fi abundent mai cu seamă în sângele circulant și urina bolnavilor. Cei mai mulți o pun pe seama unei Riketsii (Riketsia Wolhylica) ce se găsește în celulele epiteliiale din tubul digestiv al păduchelului.

Contaglunea se crede că se face atât prin înțepătura cât și prin excrementele insectelor, având în acest din urmă caz ca poartă de intrare, leziunile de grataj tegumentare.

Perioada de incubație este socotită de la 6—12 zile. Debutul e brusc, cu frison, temperatură ridicată 39—40°, cefalalgii, rachialgii, dureri vii spontane și la presiune în gambe și tibii, care sunt aproape patognomonice. De asemenea sunt frecvente durerile reumatoidale, nevralgiile, cu punctele clasice pe traiectul nervului sciatic. Se mai pot observa o iritație conjunctivală, spleno- și chiar hepatomegalie.

Accesul febril durează de la 24—48 ore, după care temperatura cade la normal; concomitent se observă fenomene critice: transpirații și poliurie abundente.

După o perioadă apiretică de 4—6 zile, sau chiar de temperatură subnormală, apare un nou acces febril, cu același cortegiu de simptome. Numărul acceselor variază de la 4—10; adesea accesul al 2-lea sau 3-lea este cel mai grav.

Curba termică poate lua uneori tipul ondulant, temperatura menținându-se ridicată 3 până la 4 zile.

În sânge se notează de obicei leucocitoză în perioade febrile și leucopenie în intervale.

Odată evoluția terminată, bolnavul intră în convalescență prezentând o stare de debilitare și astenie marcată.

Diagnosticul diferențial în cazurile sporadice, în afară de mediul epidemic este foarte greu și trebuie făcut cu paludismul, febra recurentă, septicemiile — mai ales gonococică și meningococică — și cu gripa.

În lipsa unor reacțiuni specifice de laborator, diagnosticul pozitiv se pune clinic, prin excluziune și cu deosebire pe durerile tibiale și aspectul, care însă nu totdeauna este tipic, al curbei termice.

Noțiunile epidemiologice certe ce posedăm până în prezent asupra febrei de tranșee sunt că ea apare obișnuit în timp de război și e mai frecventă în lunile de iarnă, fiind subordonată aceluiași factori care comandă și apariția epidemiei de tifus exantematic.

Ca și în acesta, profilaxia se rezumă în luarea tuturor măsurilor de deparazitare individuală și colectivă, izolarea bolnavilor și a contactilor.

Prognosticul este în toate cazurile favorabil.

Tratamentul este numai simptomatic. S'au încercat neosalvarsanul (0,30 gr), salicilatul de sodiu (6 gr), albastrul de metilen, metalele coloidale și mai ales piramidonul în doza zilnică de 2 gr.

Dăm în rezumat observațiile clinice a 7 cazuri de febră wolhylică.

Obs. I. — N. C. 33 ani. Vine pentru dureri în masele dorso-lombare, dureri în gambe și tibii, accese febrile intermitente cu frisoane, temperatură, cefalalgii, senzația de usturime la ochi, lăcrămare. Aceste accese se repetă la interval de 5 zile, durează 24 ore și sunt urmate de transpirații și poliurie. Bolnav de 12 zile. Obiectiv: hiperemie conjunctivală, ficat dureros, depășește falsele coaste cu 1 deget; splina se percută pe 2 laturi de deget pe linia axilară posterioară. În rest nimic patologic.

Obs. II. — A. N. 26 ani. Vine pentru dureri în gambe și tibii, exagerate prin presiune, puseuri febrile cu frisoane, temperatură, cefalalgii, astenie, iritație conjunctivală. Accesele se repetă la interval de 5 zile, durează 24 ore și defervescența se însoțește de transpirații și poliurie. Bolnav de 2 săptămâni. Splina se percută pe 2 laturi de deget. În rest nimic organic.

Obs. III. — A. L. 28 ani. Vine pentru lombalgii, dureri tibiale vii, exagerate prin presiune, puseuri febrile care se repetă la 4 zile, cu frisoane, temperatură, cefalalgii, iritație conjunctivală. Aceste fenomene durează 24 ore și sunt urmate de defervescență cu transpirații abundente. Bolnav, de constituție bună cu strabism convergent și nystagmus orizontal. Eretism cardiac, puls 100, regulat. Ficatul întrece cu un deget rebordul costal, dureros la presiune. Splina se percută pe 4 laturi de deget. În rest normal.

Obs. IV. — B. I. 32 ani. Se internează în secția chirurgicală pentru o plagă prin schije de Brandt a coapsei. Plaga evoluează favorabil și în 10 zile se cicatrizează. Bolnavul este trecut în secțiunea medicală pentru accese febrile intermitente, lombalgii, dureri nevralgice pe traiectul sciaticului și dureri tibiale accentuate. În intervalul de la 15 III, face la distanță de 4—5 zile puseuri febrile, din care al 2-lea atinge 39,7 și care se percută pe 2 laturi de deget. În rest nimic deosebit. Examenul sângelui pentru plasmodiu negativ.

Obs. V. — C. A. 30 ani. Se internează pentru lombalgii, dureri de-a-lungul membrelor inf. mai marcate la nivelul tibiilor,



ÎN TRATAMENTUL TULBURĂRILOR
MENOPAUZEI

MENFORMON

1000 U. I. PE ZI, PÂNĂ LA 50.000 U. I. DIMENFORMON

de două ori pe săptămână după gravitatea cazului.

Să nu se întrerupă niciodată brusc tratamentul.



OSS (Olanda)

Reprezentanța pentru România:

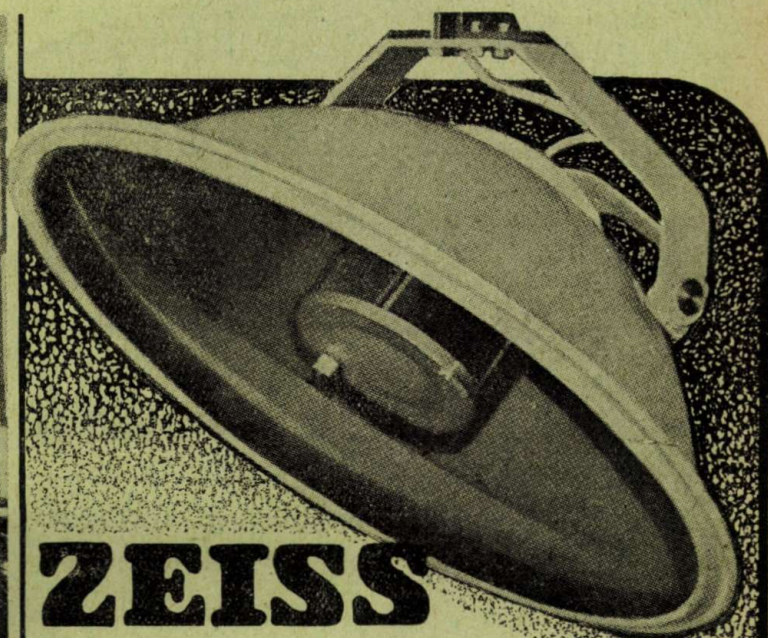
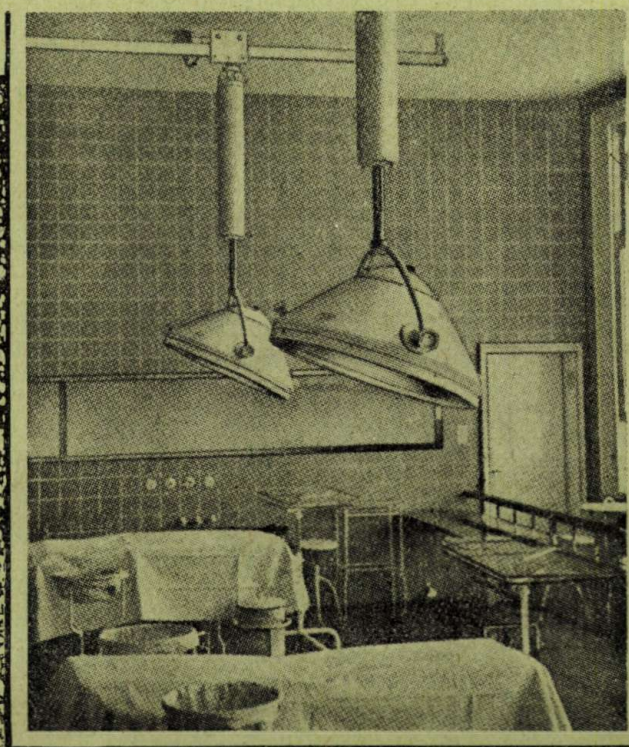
ODOL-PHARMA

SECȚIA FARMACEUTICĂ

ODOL S. A. R.

STRADA APOSTOL MĂRGARIT, 22 — TELEFON 5-6776

BUCUREȘTI IV



ZEISS PANTOPHOS

lampa de operație fără umbră, fără căldură și fără reflexe, cu oglindă de sticlă sau de metal. Pe lângă becul principal există și o sursă luminoasă de siguranță. Cu suspensie fixă cu sau fără tiraj și cu șină pentru deplasări laterale. Prospekte gratuite dela reprezentanța g-rală Soc. An. de Agentură-Comision-Import, fost Otto & Alfred Herzog

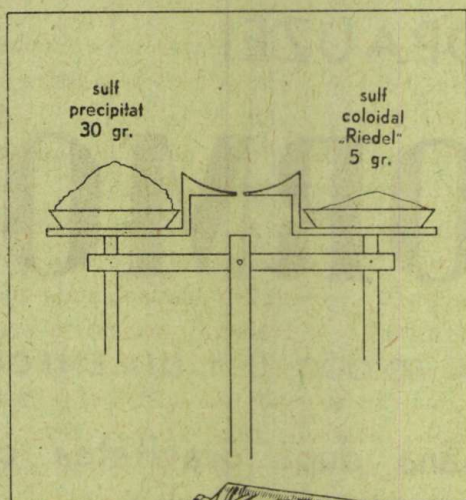
București I

B-dul Carol I, 48



CATAMIIN

conține SULF COLOIDAL



Grație concentrației mici se evită iritațiunile.

Acțiunea puternică este asigurată prin dispersiunea în particule mici.

Indicațiuni:

Scabie
Pitiriază
Eczeme
Prurigo
Intertrigo
Acnee



Forme de prezentare: Tuburi de 30 și 55 gr.

J. D. RIEDEL E. de HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK

București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

Scillozal

Glicosidul cardiac
maniabil cu mari po-
sibilități de dozare.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT . CHEM. FABRIK . BRACKWEDE



Literatură și eşantioane vă
stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, București

stare febrilă, astenie. Bolnav, de constituție slabă, corpul tiroid mărit de volum. Ușoară sensibilitate în regiunea piloroduodenală și în punctul apendicular. Ficat în limite normale; splina se percută pe 2 laturi de deget. Din *anamneză* în ziua de 1 III are primul acces febril, care dispare după 24 ore. La 6 III al doilea acces, durează 48 ore și e mai intens (38,6). Al treilea acces, la 12 III, mai atenuat (37,4). Al 5-lea și ultimul la 23 III este estompat, temperatura atinge numai 37,3.

Obs. VI. — G. A. 22 ani. Vine pentru dureri de-a-lungul membrelor inferioare, dureri în tibii, puseuri febrile, cu cefalgie și palpitații, ce durează 24 ore și se repetă la 4 zile. Accesele sunt însoțite de astenie, transpirații și poliurie. Splina se percută pe 4 laturi de deget. În rest, nimic deosebit.

Obs. VII. — F. V. 27 ani. Vine pentru dureri în lungul membrelor inf. și tibii, cefalee, conjunctivită, accese febrile ce revin la 5 zile, durează 4–48 ore și sunt urmate de transpirații și poliurie. Bolnavul se internează în cursul celui de al 2-lea acces.

La inspecție se notează o erupție discretă de elemente maculoase, ce dispar la presiune, pe abdomen și baza toracelui. Răuri bronchice diseminate și frecături pleurale fine în axila dr. Splina percutabilă pe linia axilară anterioară. Ficatul întrece rebordul costal cu un deget; dureros la presiune. Seroreacția Widal negativă.

Din cele expuse mai sus putem trage concluzia că incidența febrei de Wolhynta la trupele noastre operative este foarte mică, cu toate că în starea de igienă pe front se găsesc, în mod fatal, întruniți toți factorii ce condiționează extinderea unei epidemii.

Dacă totuși nu s'au înregistrat focare epidemice, aceasta credem că se datorește în primul rând aplicării, în limita posibilului, a măsurilor fundamentale de profilaxie: deparazitările și izolarea bolnavilor cu stări febrile.

Diagnosticul nu se poate pune, în mod peremptoriu, decât în Spital, deoarece numai acolo există posibilitatea de a urmări, un timp mai îndelungat, tabloul clinic și evoluția maladiei. Deși prognosticul este totdeauna benign, totuși cunoașterea febrei de Wolhynta este necesară, spre a putea împledeca la timp apariția unei adevărate epidemii, care prin extensivitatea sa, prin convalescența lungă și starea de debilitare și astenie ce o lasă individului, aduce diminuarea puterii combative și a numărului efectivelor.

Probleme terapeutice

Alimentația copilului¹⁾

de

Prof. Dr. Gh. Popoviciu

a) Alăptarea (alimentarea) naturală

Deși tehnica alimentației artificiale a progresat foarte mult, hrana cea mai potrivită și completă pentru copilul de sân rămâne laptele de mamă. Laptele de mamă garantează mai bine dezvoltarea și sănătatea copilului. Trebuie făcute toate eforturile pentru a-l asigura și pentru a se evita alăptarea prin doică și cu deosebire alăptarea mixtă sau artificială.

Laptele de mamă conține toate principiile alimentare trebuincioase copilului de sân, adică atât *proteine*, *idrați de carbon*, *grăsimi*, cât și *săruri* și *vitamine*, alături de apă. El acoperă trebuințele alimentare termice și plastice ale copilului născut și de sân până la o anumită vârstă, în special prin proporția însemnată de grăsimi și prin fosfații alcalinoteroși pe care îi conține. Este, ce-l drept, sărac în fier, dar născutul aduce cu sine rezerve abondente feruginoase, care satisfac trebuințele în primele luni până la introducerea fierului prin alte alimente, actuale din jumătatea 2 a anului 1. Laptele de mamă este indicat și din cauza insuficienței constituționale și funcționale (inclusiv din cauza sărăciei în fermenti) a aparatului digestiv la copilul de sân, identificată prin sensibilitatea copilului față de orice alt aliment.

Aproape toate mamele pot să alăpteze și să devină doici bune, cu deosebire cele multipare. Chiar și acelea care la început au lapte mai puțin, ajung în scurt timp să-l producă în cantitate suficientă.

Cantitatea laptelui produs crește treptat din primele zile. Ziua 1 copilul este mai bine să nu sugă nimic, sau foarte puțin. Începând cu ziua 2 până în ziua 7, va suga de atâtea ori 70–80 gr, câte zile are (adecă 2×80 gr ziua 2, 3×80 gr ziua 3, 7×80 gr ziua 7). După o altă regulă (*Finkelstein*) cantitatea este mai mică: 70–80 gr, înmulțite cu numărul zilelor, minus 1 ($2 - 1 \times 80$ ziua 2, 2×80 ziua 3, 6×80 ziua 7). Cantitatea pe 24 ore la sfârșitul săptămânii 1 este adecă de 400–550 gr, dar poate fi chiar și ziua 10 încă numai 200–400 gr.

Până la sfârșitul lunii 1, cantitatea pe 24 ore crește treptat la 600–650 gr, ceea ce corespunde aproximativ la $\frac{1}{5} - \frac{1}{6}$ din greutatea copilului în această vârstă (3,6–3,8 kg). La vârsta de 4 luni (greutatea 5–6 kg), suga aproximativ 800 gr pe 24 ore ($\frac{1}{7}$, mai târziu $\frac{1}{8}$ din greutate). Dela 8 luni (8 kg) cantitatea hranei crește la 900–1000 gr ($\frac{1}{9}$ din greutate) pe zi.

Numărul sugerilor crește în primele zile dela 4 în ziua 2, la 7 în ziua 7. În restul lunii 1, numărul

¹⁾ După lecțiile ținute la cursurile de perfecționare în pediatrie și puericultură din 13–25. IV. 1942.

alăptărilor rămâne 7—8 în 24 ore. La Germani, numărul este în genere mai mic: 3 în ziua a 2-a, 4 în ziua a 3-a, rămânând din ziua a 4-a (sau chiar dela început) 5 în 24 ore, în tot cursul lunii întâi. Se admite însă și de unele școli germane pentru primele 4—6 săptămâni 7 sau chiar mai multe sugeri, cu deosebire la copiii cari sug leneș, sunt debili sau când secreția laptelui se pornește greu la primipare și copilul nu se dezvoltă bine. Peste tot e mai bine să se dea sânul cât mai rar, adică de 5 ori în 24 ore. Unii copii merg bine cu 4 sugeri.

Intervalul între sugeri, ziua este $2\frac{1}{2}$ —3 ore la Francezi, 4 ore la Germani; noaptea 5—8 ore dela ultima sugere de seară până la sugerea de dimineață; la Francezi se admite, la nevoie, o sugere de noapte. Ambele metode sunt bune. Se poate alege și o cale mijlocie între ele. Intervalele mici presupun sugeri mai frecvente și au indicația acestora din urmă. Important este numai ca alăptarea să se facă la intervale nu prea mici și la anumite ore. Prin aceasta se asigură evacuarea liniștită a stomacului (2 — $2\frac{1}{2}$ ore), repaosul de digestie (cel puțin $\frac{1}{2}$ oră) și odihna necesară pentru copil. În același timp somnul copilului dintre sugerile la intervale precise asigură o muncă liniștită în cursul zilei și odihna de noapte, atât pentru mama istovită de alăptare, cât și pentru tatăl copilului care muncește și are de asemenea nevoie de un somn recreator. Cu deosebire e bine să se respecte pauza cât mai lungă în cursul nopții (după Germani dela ora 10 seara, până la ora 6 dimineața). Totuși copilul care plânge 2 — 3 ore noaptea, nu trebuie lăsat flămând numai de dragul regulii de 5—6 sugeri. Când după 5—6 ore de somn începe să plângă, e mai bine să i se dea numai decât sânul. Prin aceasta odihna de noapte e mai bine asigurată și mama mai puțin nervoasă. Asemenea copii adesea se obișnuiesc ușor, așa zicând dela sine, mai târziu, la 6—5 sugeri.

Durata unei sugeri este de 10—20 minute. În primele 5 minute se sug de obicei $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$ din cantitatea totală. Ținerea peste $\frac{1}{2}$ oră la sân, surmenează inutil mama, întru cât nu se mai evacuează cantități mai însemnate de lapte și produce ușor ragade.

Rația alimentară a copilului de sân este mărită cu deosebire în primele luni, din cauza creșterii mai accentuate și a suprafeței mari. *Coeficientul de energie* (numărul calorilor utilizate pe zi pe kg greutate, *Heubner*) este 100—120 (130) calorii în primul trimestru, 90—100 (120) în al 2-lea, 80—90 (100) în al 3-lea, 70—80 (90—100) în al 4-lea. Laptele de mamă conține 650—700 calorii pe litru. Deci un copil de 1 lună, de 4 kg, are nevoie de aproximativ 600 gr lapte de mamă (400 calorii)

b) Tehnica alăptării naturale

Femela care alăptează, trebuie să-și aibă *pieptul liber*. Sânul nu trebuie apăsat în cursul sugerii, ci chiar

reținut (cu o mână) de nasul copilului, pentru a asigura respirația liberă a acestuia. În primele zile copilul va fi culcat paralel cu mama sa, care se întoarce pe latura sânelui din care sugă copilul. După câteva zile mama va alăpta deja șezând în pat și ținând copilul în brațe în poziție transversală, cu capul înaltea sânelui și mai ridicat ca picloarele (sprijinit ușor cu mâna dinspre cap; cealaltă mână a mamei reține sânul).

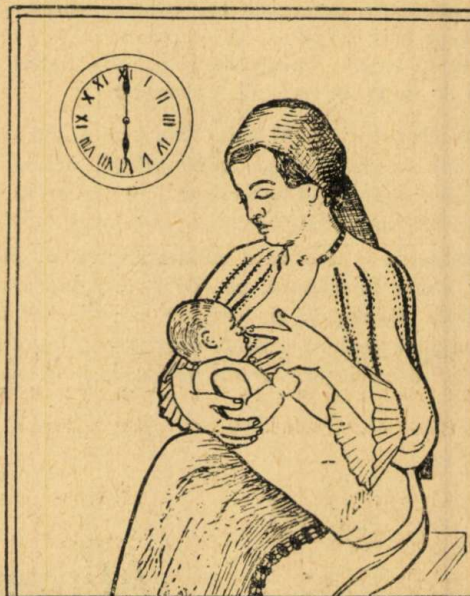


Fig. 1. — Alăptarea copilului.

După ce mama a *părăsit* patul, va ședea la alăptare pe un *scaun scund* (scăunel) și-și va ține mai ridicat șoldul cât și genunchiul dinspre capul copilului îndolnd piciorul corespunzător, sau așezându-l pe un scăunel în caz că șade pe un scaun obișnuit.

Înainte de a se da sânul, *sfârcul* va fi *spălat* cu o bucată de vată sau pânză curată, iomuiată în apă fiartă sau soluție de acid boric. În săptămâna 1 este bine ca sânul, adesea prea plin la început, să fie muls puțin înainte de alăptare.

Copilul este lăsat să sugă în *liniște*. Când face pauzele obișnuite în cursul sugerii, nu trebuie ridicat, ci lăsat să se odihnească.

Se preferă un *singur sân* la o sugere. Numai când secreția de lapte este insuficientă, cu deosebire în săptămâna 1, se va recurge și la al 2-lea sân la aceeași alăptare, începând la proxima sugere totdeauna cu sânul cu care s'a terminat ultima. Prin aceasta vom evita ca unul dintre sânii să rămână stabil mai rău golit, deci vom împledeca reducerea treptată a secreției.

Controlul producerii de lapte și al indicațiilor pentru mărirea numărului de sugeri, se face prin *cântărirea copilului*, înainte și după sugere. În caz de dezvoltare normală, este suficient să-l cântărim odată la săptămână sau chiar la 10 zile.

Laptele din primele 3—4 zile — *colostrul* (*co-rasta*) — diferă de cel obișnuit, fiind mai bogat în

proteine, săruri și elemente celulare; având proprietăți laxative, favorizează eliminarea meconiumului.

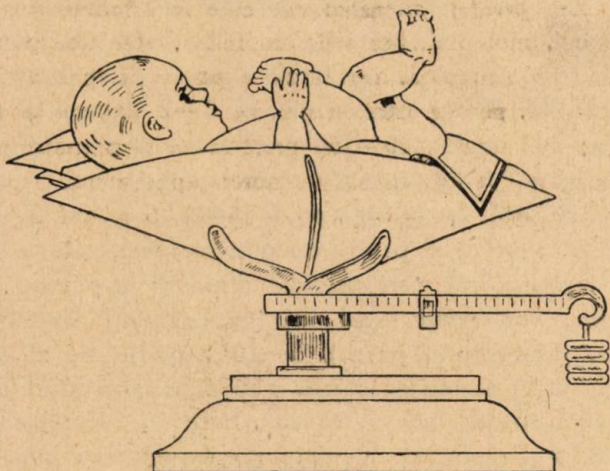


Fig. 2. — Cântărirea copilului

Secreția mai abundentă a laptelui începe din ziua 2-5 (chiar ziua 8), cu ușoare dureri și tensiune ale mamelei, uneori cu temperatura mai ridicată.

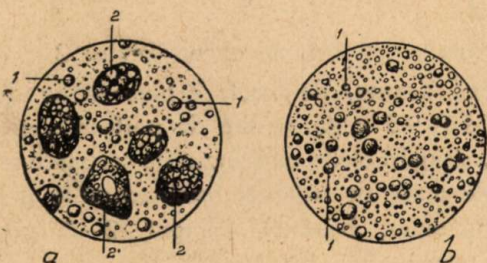


Fig. 3. — Produsul glandei mamare (după Testut).
a picătură de colostru, b picătură de lapte,
1 globule de lapte, 2 corpusculi ai colostrului,
2' corpuscul al colostrului, în centru cu nucleul
celulei primitive.

În cursul unei alăptări conținutul în grăsimi al laptelui crește.

c) Igiena mamei

Igiena femeii care alăptează, cuprinde regulile de igienă locală și generală. Local ajunge de obicei la spălarea sânului înainte și după sugere, cu apă fiartă, soluție de acid boric, sau apă oxigenată; prin aceasta se evită ragadele, ulcerățiunile și infecțiunile. Între sugeri, sânii mai sensibili se acopăr cu tifon (sau o pânză fină), cu vaselină, sau calodermă. Când copilul nu are putere de a suga singur cantitatea suficientă, sau când laptele este prea abundent, sau utilizat din cauza unui regim, etc., sânul trebuie pompat sau muls.

Igiena generală interesează înainte de toate alimentarea femeii. Ea trebuie să fie abundentă, de o cantitate aproximativ cu $\frac{1}{3}$ mai mărită, ca înainte de alăptare (mai bine printr'un plus de 1 litru lapte pe zi). În primele 2 săptămâni după naștere, cât timp mai stă în pat, mama va avea o hrană ușoară, nutritivă și va-

rată. După acest interval se prescriu alimentele obișnuite dinainte de naștere. Se evită în genere alcoolicele. Constipația se combate, mărlind cantitatea legumelor verzi și a fructelor (crude, sau în compoturi), eventual prin supozitoare și clisme. Pe cât posibil se evită purgativele, pentru a nu scădea secreția laptelui.

Mama va face des băi și va duce o viață liniștită și regulată, evitând surmenajul fizic, făcând însă în același timp mișcarea necesară.

d) Piedecile alăptării naturale

În mod excepțional mamele nu-și pot alăpta copilul.

Cele mai serioase obstacole sunt de caracter patologic: afecțiunile inimii, rinichilor, ficatului etc.; infecțiunile acute grave, cu deosebire cea puerperală; tuberculoza deschisă, afecțiunile nervoase cu leziuni organice, psihozele, diabetul mamei etc.

Alte piedeci își au originea în conformațiunea sau afecțiunea sânilor și în producțiunea insuficientă sau lipsa completă a laptelui.

Din partea copilului, buza de lepure, cu deosebire la leziunea simultană a boltii palatine, coriza congenitală și vegetațiunile adenoidale, pot împiedeca alăptarea.

Sifilisul mamelor nu este o contraindicație. Din contră el constituie o obligațiune în plus, pentru a nu expune copilul la pericolul infecțiunii prin copilul strein.

Procesele tuberculoase, vindecate sau staționare, închise, fără febră, tuse și bacili, nu sunt o piedecă absolută a alăptării, cu deosebire când condițiile speciale fac imposibilă izolarea copilului.

La o nouă sarcină, este mai indicată înțărirea treptată. Menstruația, debilitatea, cât și cele mai multe boli infecțioase (febra tifoidă, scarlatina ușoară, pojarul) nu împiedecă sarcina, când starea generală a mamei este corespunzătoare.

În caz de conformațiune nepotrivită a mameloanelor (sfârc șters), masajul ușor, aplicarea unei pompe sau a unui sfârc artificial din cauciuc pot da rezultate foarte bune.

Ragadele, fisurile, ulcerățiunile mameloanelor, cât și sânii prea simțitori, se tratează analog, plus cu antiseptice și adstringente, eventual anestezice (sol. argint nitric 5%, tanină glicerinată, pomezi cu naftalan, anestezină); se răresc și scurtează sugerile, sau chiar se suprimă; preventiv, se spală sfârcurile în ultima perioadă a sarcinii.

În mastite, — pe lângă comprese adstringente și desinfectante (cu alcool, sol. Burow), — se continuă pe cât posibil alăptarea; în limfangită, limfadenită, abces, alăptarea se suprimă temporar, dar vom continua să mulgem sau să pompăm sânul, nelăsând laptele să stagneze; după ameliorare, — în caz de puroi după eva-

cuarea prin încălzire radiară, — copilul se așează cât mai curând la sân.

Ipogalactia survine adesea la femelle, care au o secreție de lapte prea abundentă la început. Sânil ne fiind suficient golii de copil, se produce o stagnare și cu aceasta secreția se reduce, adesea prea brusc. Alte cauze pot fi boala mamei, stările sufletești nefavorabile, un necaz, spalmă, mai ales la nevropatie, muncă intelectuală și diferite influențe nefavorabile, insuficient cunoscute, ale civilizației și domesticării. Într'adevăr la popoarele cu civilizație înaltă multe mame nu pot produce lapte suficient, pe durată mai lungă de 1—3 luni. O scădere trecătoare se mai observă la aproximativ 3 săptămâni după naștere, cât și în revenirea precoce a menstruației. Tratatamentul cu „lactagoge“ (lactagol, gallegol, prolactină, pomadă supletan, sanatoogen, ocenta, ovomaltină, preparate de vitamină A, B, C, E, G și L, iradierea sânilor cu lampă de cuarț), — mai mult sugestiv, — poate fi încercat. În pseudopogalactie, datorită golirei incomplete a sânilor, prin copil care sugă rău, debili, prematuri, cu leziuni obstetricale, este indicată alăptarea mai frecventă, la ambii sâni, golirea completă a sânilor prin mulgere, pomparea după alăptare, sau așezarea unui copil volnic (neinfecțios) la sân. Laptele muls sau pompat se dă apoi copilului cu lingurița, ca o completare a sugerii.

e) Înărcarea

Alăptarea exclusivă la sân durează normal până la 5—7 luni. Dela această vârstă, — pentru a preveni anemiile, avitaminozele, produse prin alăptarea prelungită, — începe înărcarea, înlocuindu-se lunar (sau cel mai curând săptămânal) câte un supt cu o mâncare. Întâlu se la locul sugerii dela amlazi, prin lapte de vacă sau mai bine, după Germani, prin supă ori chiar legume în plureu (încă din luna a 4-a se adaogă sucul de fructe, v. mai jos). Mai târziu se suplînesc treptat: sugerea de seară cu o a doua mâncare (grîș, orez sau pesmeți cu lapte); un al 3-lea supt, cu fructe; în sfârșit restul sugerilor cu lapte de vacă.

La început laptele de vacă se diluează ($\frac{2}{3}$ lapte, $\frac{1}{3}$ supă făinoasă cu zahăr); dar mai târziu și chiar din trimestrul 2 el poate fi dat *nediluat*, adaogat cu 5% zahăr (sau zahăr cu făină de porumb, mondamnă etc.), mai nou eventual și cu acid lactic (adaogat laptelui; sau produs prin fermentație, în preparatele populare, la noi ca lapte covăsit, taurt etc.).

Supă se prepară din oase, carne, verdețuri sau legume (de ex. $\frac{1}{4}$ kg morcovi fierți $\frac{3}{4}$ oră în $\frac{1}{2}$ kg apă), adaogate cu 20—25 gr grîș fin, orez fierit bine, sau sago în puțină sare (un vârf de cuțit). Supă se dă cu lingurița. Către sfârșitul anului 1, dar chiar dela începutul jumătății 2 a anului 1, se poate amesteca un gălbenuș de ou în supă (v. și schema alăturată la pct h).

Supel i se adaogă cât mai curând legume, în cantități din ce în ce mai mărite.

Legumele și zarzavaturile cele mai indicate sunt spanacul, morcovii, flerturile de salată, sfecelele, pătlăgelele roșii, conopida, mai târziu capetele de sparanghel, cartofii etc. Ele se dau ca plureu, 1—2 linguri la început; mai târziu 100—150 gr. Plureul se prepară prin fierberea a $\frac{1}{4}$ kg legume cu puțină apă $\frac{1}{2}$ oră, trecute apoi prin sită. Se adaogă puțin rântaș (5 gr unt, 5—10 gr făină); eventual pentru un gust mai bun, câteva linguri lapte. Copiii care prezintă dispepsii la plureul de legume, vor primi sucul lor (morcovi rași la răzătoare, presati prin pânză), 5—10 lingurițe pe zi. Se poate da în asemenea cazuri o supă de zarzavaturi (din morcovi, spanac, tăleței mărunți, fierți $\frac{1}{2}$ —1 oră), strecurată și amestecată cu lapte (ca în diluarea laptelui cu apă).

Grișul, orezul, făina de porumb (mondamină), pesmeții, se fierb întâlu mai bine în apă (de ex. 1 lingură griș în $\frac{1}{8}$ kg apă 6—8 minute) și se amestecă apoi cu părți egale de lapte (plus 2 bucăți, eventual 1 linguriță unt).

Carnea se dă abia în cursul anului 2.

Sucul (zeama) de fructe e bine să se dea încă din luna 4 (1—5 lingurițe suc de portocale, de pătlăgele roșii, struguri etc.); mai târziu (la scaune bune odată cu primele mese de legume) fructe curățite și zdrobite (plureu de mere, banane), compot (2—3 lingurițe la amlaz și seara).

La sfârșitul anului 1 copilul primește: dimineața 200 gr lapte cu 1 pesmet (eventual corn, franzelă); înainte de amlazi lapte, sau mai bine mărar curățat de coajă și zdrobit, sau banană, cu pesmeți; la amlazi supă de griș sau orez și legume 100—150 gr, cartofi plureu 100 gr, 4—5 lingurițe suc de fructe sau 50 gr compot; după amlazi, ca dimineața; seara, papă de lapte din 200 gr lapte cu 20 gr griș (orez, pesmeți, făină de porumb, cartofi) și 10 gr zahăr (eventual în plus un gălbenuș de ou), cât și 30—50 gr suc de fructe sau compot.

f) Alăptarea prin doică

(alăptarea mercenară)

Când mama nu-și poate alăpta copilul, înainte de a trece la alimentarea artificială, vom încerca să găsim o *doică*. Ea trebuie să aibă vârsta între 20—30 ani, iar copilul ei să aibă aproximativ vârsta copilului streln. La un nou-născut copilul dolcel e bine să aibă 3 luni. La această vârstă mama este curățată de lohi, are lapte suficient, nu mai este expusă crepăturilor sfârcurilor, iar copilul propriu poate servi mai bine, ca indicator pentru capacitatea ei de alăptare și starea de sănătate (în caz de sifilis congenital, simptomele au apărut deja). În același timp, prin angajarea dolcel la 3 luni copilului

propriu l se asigură laptele de mamă cel puțin pe primul trimestru, mai periclitat.

La angajare, doica, copilul și părinții acestuia trebuie *examinați de medic* (art. 439 al legii sanitare și de ocrotire din 1936). Examenul doicei va verifica starea generală corespunzătoare, starea sânilor, conformația normală a sfârcurilor, secreția suficientă de lapte, starea corespunzătoare a diferitelor organe și în special lipsa de tuberculoză și sifilis.

g) Alăptarea mixtă

În caz că mama suferă de ipogalactie, de afecțiuni inflamatorii ale sânilor, sau este obligată să lipsască de acasă în cursul zilei, pentru a-și câștiga existența, vom face alăptare mixtă, adică vom adăoga lapte de animale. El este adăogat *în plus la fiecare alăptare* (în ipogalactie) sau poate *înlocui complet o sugere* (cauze sociale: lipsa mamei de acasă). Alimentația mixtă este inferioară alimentației naturale, dar superioară celei artificiale. În tot cazul există pericolul înfărcărilor spontane, copilul luând mai bucurios laptele din biberon, mai ușor de supt ca cel din sân, pe de altă parte sânii insuficient goști putând să-și oprilească complet funcțiunea, cu deosebire când numărul sugerilor din sân se reduce la 1—2 pe zi. Cele mai bune completări ale laptelui de mamă se fac cu zăre (concentrată: 13% zahăr, 2% făină), sau alte alimente concentrate: lapte complet cu 10—17% zahăr, lapte complet cu acid lactic (4 cc. din sol. de 75% la $\frac{1}{2}$ litru lapte), plus 6—8% zahăr (eventual 4—6% zahăr, 2% mondamină).

h) Alimentația artificială

Când mama nu-și poate alăpta de loc copilul și nu se găsește o doică potrivită, sau ea nu poate fi angajată din motive materiale, vom recurge la alimentația *exclusivă* cu lapte de animal (alimentație artificială). Alăptarea cu lapte de animal (vacă, bivoliță, măgăriță, capră) este legată de multe neajunsuri.

Compoziția laptelui acestor animale diferă de laptele de femele, de aci nevoia de a se completa în mod artificial. Laptele de animal este bogat în germeni, cu atât mai mult cu cât intervalul dela mulgere este mai mare. De aceea trebuie sterilizat cât mai curând după ce a fost muls, prin fierbere și trebuie întrebuițat apoi cât mai de vreme, iar până atunci păstrat acoperit, la răcoare, mai bine la gheață. Numai prin aceste măsuri alăptarea artificială poate să dea rezultate multumitoare, de cele mai multe ori totuși inferioare alăptării naturale.

Cel mai întrebuițat în alimentațiunea copiilor de sân este *laptele de vacă*, fiind mai la îndemână. Vacile dela care se ia laptele, trebuie să fie sănătoase, rațional nutrite (a se evita lăturile, resturile industriale, prea multă verdeață, sfeclă roșie). Grajdul să fie curat, aerisit

și suficient luminat. Mulgerea să fie făcută în condiții de curățenie din cele mai desăvârșite posibile.

În comparație cu laptele de mamă, laptele de vacă este *mai bogat* în substanțe proteice (*cazeină*) și *săruri*. Laptele de femele conține la 1000 gr 15 gr proteină (cazeină și albumină în proporții aproximativ egale), 35—40 gr grăsimi, 60—70 gr zahăr, 2,5 gr săruri. Laptele de vacă conține 35 (33) gr proteină (preponderent cazeină), 7,5 gr săruri, 40—50 gr zahăr, 30 gr grăsimi. Conținutul în calorii al unui litru de lapte de vacă este 600—650.

Laptele de vacă (fier) este *mai sărac în vitamine*, ca laptele de mamă. Există deosebirea și în calitatea cazeinei, laptele de mamă dând un coagul mai fin în stomac, atacat mai ușor prin pepsină ca laptele de vacă. Proteoliza și lipoliza este accelerată, adică digestia proteinelor și grăsimilor mai bună, la alimentarea naturală.

La alimentația naturală pot să treacă *anticorpii laptelui de mamă* prin mucoasa intestinală, ceea ce lipsește la hrana artificială.

În genere toate *funcțiunile digestive, motoare, secretoare și chimice*, sunt *mai dificile* la alimentația artificială. Evacuarea stomacului la alimentația artificială se face abia la 3 ore (și chiar mai mult) după ingerarea hranei. De aci urmează, că dacă în alăptarea naturală intervalele mai mici pot fi admise la nevoie, fără riscuri deosebite, în alimentația artificială trebuie strict respectate intervalele mai mari (de 4 ore).

La copilul hrănit la sân predomină în intestinul gros procesele *fermentative*, produse prin *bacilul bifid* (scaune de reacțiune neutră sau ușor acidă); la cel cu lapte de vacă procesele *putrifice*, produse prin grupul *coli* și *anaerobi* (scaune *alcaline* de culoare mai închisă, miros mai neplăcut).

La alimentația artificială *trebuințele calorice* sunt *mai mari* (pierdere mărită prin excreșii, fecale și urină, cât și neliniște mai mare); scaunele sunt mai voluminoase.

Procesul digestiv fiind prelungit la alimentația artificială, retenția în intestin a substanțelor fermentescibile (zahăruri, cu deosebire lactoza, grăsimile), exagerată prin temperatura externă ridicată (vara), va favoriza procesele bacteriene anormale. Porțiunile superioare ale intestinului, normal sterile, devin infectate printr-o *ascensiune a bacteriilor și a proceselor de fermentație (Moro)*. Peristaltismul va fi exagerat, dând diaree. Combaterea proceselor de fermentație se poate face pe cale de regim de cruțare, până la un punct printr'un plus de cazeină și calciu, cât și prin idrați de carbon puțin fermentescibili (amestecuri de dextrină și maltoză, făinuri).

Bacteriile introduse cu laptele de vacă, au și ele un rol însemnat în producerea diareelor.

Laptele de vacă se *diluează cu amestecuri de idrați de carbon etc.*, prin ceea ce pe de o parte se reduc

substanțele proteice, pe de altă parte se compensează sărăcia laptelui diluat în idrați de carbon și grăsimi.

În primele 3 luni, laptele de vacă se diluează cu părți egale de apă zaharată 10% ($\frac{1}{2}$ lapte $\frac{1}{2}$ apă zaharată; de ex. lapte 50 gr, apă 50 gr, zahăr 1 bucată = 5 gr = 1 linguriță, pulverizat). Când copilul nu crește în greutate în mod normal, vom mări valoarea nutritivă a amestecului, diluând laptele tot în părți egale cu decoct de cereale, treptat tot mai concentrat și adăogând mai mult zahăr.

Decoctul îl pregătim din 1—2 linguri (15—30 gr, cu vârf 30—40 gr) de orez, orz sau ovăz, flerte $\frac{3}{4}$ ore la foc ușor cu 1 litru apă și 1 gr sare, până ce s'a condensat la jumătate; la început îl dăm mai diluat, reintregindu-l la 1 litru (decoct de 1,5—4%); înainte de amestecarea cu laptele de vacă, decoctul trebuie strecurat și îndulcit cu zahăr (6—10%).

Copiii predispuși pentru scaune dispeptice, li se dau zahăruri mai puțin fermentescibile (amestecuri de dextrină-maltoză, *Soxhlet*, *Wander*, etc.).

Din luna a 4-a laptele de vacă se amestecă cu supă de făină (de grâu, orez, porumb, ovăz etc.) 3—5% ($\frac{2}{3}$ lapte, $\frac{1}{3}$ supă făinoasă), 5—8% zahăr (*Soxhlet*, *Wander*, etc., adică amestecuri de maltoză-dextrină, sau apoi zahăr obișnuit).

Supă făinoasă, se prepară la copiii de sân mai mici, din 20—25 gr făină (de grâu, ovăz, orez, porumb); la cel mai mare, din 30—50 gr, flerte cu apă 15—20 minute (completate după flert până la 1 litru și strecurate).

Orezul și porumbul (malzenă, mondamină) conțin idrați de carbon mai puțin fermentescibili ca grâul și ovăzul, deci sunt de preferat (în forma de supe făinoase, sau decoct), la copiii care înclină la turburări de nutriție (digestive). Supele făinoase, sunt mai bogate în idrați de carbon utilizabili, ca decocturile.

În așa zisele *făinuri de copii* (*Kufeke*, *Nestlé*, *Theinhardt*, *Wander* etc.), idrații de carbon pe care îl conțin, au fost transformați în forme mai solubile. Unele din ele nu se dau, sau nu pot fi bine administrate, cu lapte. Ele nu pot servi pe timp mai îndelungat, ca singură hrană a copilului.

Asemenea făinuri se pot pregăti la domiciliu din 400 gr făină (albă), 1 ou, 1 vârf de cuțit sare, amestecate cu apă; aluatul obținut se frământă bine, se întinde subțire, se coace pe sobă până la ușoară prăjire și se plează fin în mojar.

Unii întrebunțează cu foarte bun succes, dela începutul alimentației artificiale, $\frac{2}{3}$ lapte adăogat cu zahăr (așa zisa „*hrană echivalentă*“, — adică de valoarea calorică a laptelui de mamă), sau chiar laptele nediluat, adăogat cu 17% („*hrană dublată*“, dubo).

Odată cu începerea alimentației artificiale e indicat să se aplice *mijloacele profilactice antirahitice* (aer,

soare, în anotimpul rece lampă de cuarț 1—2 x pe săptămână, mai bine untură de pește, vîgăntol etc., v. mai jos).

Adaosuri la laptele de vacă în alimentarea artificială a copilului de sân sănătos (după *Rominger*)

I. Idrați de carbon :

1. Zahăruri :

a) zahăr alb (ieftin, ajută creșterea în greutate, nu e prea fermentescibil, e dulce);

b) glucoza (dextropur, zahărul de copii *Stöltzner*, — nu prea scump, ajută puțin creșterea, nu e prea fermentescibil, e puțin dulce);

c) lactoza (scumpă, ajută puțin creșterea, foarte fermentescibilă, puțin dulce);

d) zahăr alimentar (*Soxhlet*, etc., — nu prea scump, ajută mult creșterea, nu e fermentescibil, constipă).

2. Decocturi :

din boabe de cereale, conțin puține proteine vegetale și cantități mici de amidon;

a) subțiri, 3—5% (trecute prin sită), practic fără valoare alimentară, utilizarea în luna 1 a vieții;

b) groase, 7—10%, practic identice cu supă făinoasă, utilizabile din luna 2.

3. Făinuri :

a) făina de casă, ca supă făinoasă subțire (1—1 $\frac{1}{2}$ %) sau groasă (4—5%);

b) făină extrafină sau făină de porumb (mondamină, mai-zenă) sau de cartofi;

c) griș (măcinat mai mare ca făina) de grâu sau porumb;

d) făină de pesmeți (slab dextrinizată);

e) făină de copii (foarte dextrinizată, conține zahăr).

4. Pâine, pesmeți :

pentru a ajuta ieșirea dinților și a stimula creșterea;

α) din luna 7 coajă de pâine;

β) „ „ 11 pesmeți;

γ) „ „ 11 pâine albă prăjită;

δ) „ „ 11 pâine neagră (vitamină B₁).

II. Grăsimi :

adaose la amestecurile de lapte în proporția 1—2%;

α) smântână, 1—2 linguri de copii la 100 gr;

β) ramogen sau smântână acrită, 10 gr la 100 gr $\frac{1}{2}$ lapte;

γ) unt, 2 gr (=1 alună) pe 100 gr amestec de lapte;

δ) untură de pește (ca grăsime se dă în cantități mai mari, decât în profilaxia rahitismului și numai la copii mai mari).

III. Proteine :

în formă de carne sau piureu de ficat, din luna 11 (ocazional, 2—4 lingurițe, în legume).

IV. Vitamine :

1. Vitamina C :

α) suc de lămâie, 1—2 lingurițe pe zi (diluat, îndulcit, sau ca lapte cu suc de lămâie);

β) suc de portocale, 3—4 lingurițe pe zi (nediluat, îndulcit);

γ) suc de pătlăgele roșii, 6—8 lingurițe pe zi;

δ) fructe, legume, cartofi (merele, perele, bananele etc., conțin puțină vitamină C, la fel legumele fierte);

ε) preparate : cebion, cantan, redoxon, ceval, proscorbină.

2. Vitamina D:

α) preparate: vigantol, etc., vitamina D concentrată, profilactic sau pentru tratamentul masiv;

β) untura de pește standardizată, sanostol, detavit etc.;

γ) gălbenuș de ou, carne sau piureu de ficat, ocazional, fără îndoială valoroase, totuși nu sigur antirahitice.

3. Vitamina A:

preparatele: vogan etc., nu sunt indicate în diluțiile obișnuite de lapte (până la $\frac{1}{2}$), numai la diluții mari sau lapte degresat, zăre.

4. Vitamina B:

α) preparate B₁: betabion, betaxină, benervă; B₂: lacto-flavină;

β) drojdie de bere, cenovis etc.;

γ) piureu de ficat, gălbenuș de ou, suc de morcovi cruzi; de obicei inutile (laptele conține suficiente cantități de vitamină B); indicate la trebuință vitaminoasă mărită (la exces de idrați de carbon în hrană).

V. Fier, săruri:

α) sucuri de fructe, supă de legume, din luna 4;

β) magiun de fructe, piureu de fructe, cartofi, din luna 5;

γ) preparate de fier (reduc, în doze mari; clorură, cu acid cloridric; preparate feroase, stabile, fără acid cloridric, în doze mici);

δ) preparate de calciu (de obicei inutile).

Cantitatea hranelor și numărul sugerilor sunt asemănătoare acelor din alimentarea naturală. Cantitatea trebuie să fie mai mică la început și mărită, când copilul nu crește destul. În genere ea este ceva mai ridicată ca în alimentarea naturală, din cauza deosebirii în conținutul de calorii dintre laptele de vacă și de mamă, cât și din cauza trebuinței energetice, mărită la alimentarea artificială. Într-adevăr copilul de sân alimentați artificial au o trebuință de calorii (conținut de energie), mai mare ca cel alimentați natural (90—110 calorii în trimestrul 2, 80—100 în al 3-lea, 70—90 în al 4-lea). Copiii sub greutatea normală, au o trebuință de calorii cu 50—100% mărită, față de cei cu greutatea normală.

Când copilul nu mai crește suficient odată cu înaintarea vârstei, este indicată mărirea cantității hranelor.

Pentru a se evita o mărire mai considerabilă a cantității, peste aceea din alimentarea naturală, se modifică în mod corespunzător compoziția amestecului.

După regula lui Budin, utilizată în practică, se dau în genere $\frac{1}{10}$ lapte din greutate, sau 100 gr lapte pe kg greutate și zi (maximum 600 gr pe un copil). Diluția cu decocturi sau supe făinoase se face la 150-200 gr pe kg greutate (maximum la 1 kg lichid pe copil). Se adaugă 5-6% zahăr la cantitatea totală ($\frac{1}{100}$ din greutate).

• • •

Sterilizarea laptelui se face în diferite moduri. Cea mai simplă este fierberea întregii cantități de 24 ore într'un vas (de lut, emailat, etc.). Fierberea

trebuie să dureze 5 minute, în clocot. După fierbere laptele se răcește repede la apă curgătoare, $\frac{1}{2}$ oră și se păstrează apoi la gheață, sau în apă rece schimbata des. Pentru alăptare, laptele fier se varsă într-o sticlă de 100—200 gr (biberon), la gura căreia se prinde o tetină (sfârc de cauciuc găurit). Diluarea și completarea laptelui se face în acest caz, nemijlocit înainte de alăptare, încălzindu-se la temperatura corpului (simțită sticla la pleoape). După sugere, biberonul se spală cu apă caldă, fiartă cu puțină leșe, iar tetina se fierbe și se păstrează în apă fiartă, până la întrebuințare.

După metoda lui Soxhlet (soxhletizare), amestecul de lapte (cantitatea de 24 ore), se sterilizează după repartizarea în sticlule. Sticlulele se închid cu un dop de cauciuc automat și se așează într'un cazan (marmită) sau oală smălțuită de tînchea, cu un purtător de sticlule, cufundate până la nivelul laptelui din sticle în apă (după metoda de *bae marină*). Marmita se acopere și se pune la foc, apa din ea fiind lăsată să fiarbă cel puțin 10 minute. Se scoate apoi purtătorul de sticlule și se așează la răcit (ca mai sus). La sugere se ia o sticlă din acesta, se încălzește și se înlocuiește dopul cu o tetină. Această metodă dă un lapte din cele mai sterile și de un gust bun. Ea este relativ ușor de realizat în practică.

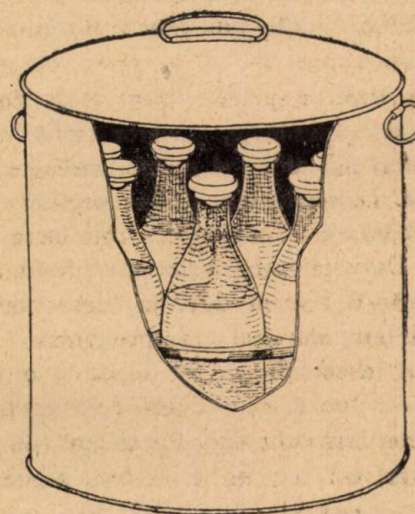


Fig. 4. — Aparat Soxhlet (după Richaud).

Pasteurizarea (încălzirea la 63—65° C $\frac{1}{2}$ oră) este mai greu de executat acasă; singurul ei avantaj este gustul mai puțin alterat.

Laptele crud, foarte rar indicat (scorbutul infantil, copiii mai mari cu anorexie), trebuie să fie de condiții ireproșabile.

Schemă pentru alăptarea artificială cu lapte-decoct de cereale-supă făinoasă (după Rominger)

La început $\frac{1}{2}$ lapte, $\frac{1}{2}$ decoct, zahăr 5%.

Luna 3: se adaugă $\frac{1}{2}$ —1 linguriță untură de pește sau un alt preparat antirahitic (vigantol, etc.), profilactic.

Din luna 4—5: $\frac{2}{3}$ lapte, $\frac{1}{3}$ supă făinoasă 4—5%, 5% zahăr, eventual 1% unt. Luna 5, înlocuită 1 sticlă prin griș cu $\frac{1}{2}$ lapte, $\frac{1}{2}$ apă. Zilnic un preparat antirahitic (v. mai sus, eventual 2 ori pe săptămână 1 gălbenuș de ou) și 3—4 lingurițe suc de portocale sau 6—8 lingurițe suc de pătlăgele roșii.

Din luna 6: înlocuită a 2-a sticlă prin 150—200 gr piureu de legume, incl. fiertură (piureu) de cartofi ($\frac{2}{3}$ piureu de legume, $\frac{1}{3}$ fiertură de cartofi, 1 linguriță unt). Se pot reduce sucurile de fructe. Se poate adăoga supă de vițel. A nu se vărsa apa de legume.

Din luna 7: aprox. 200—250 gr legume, inclusiv fiertură (piureu) de cartofi, ocazional încercări de mestecare cu coajă de pâine. Înlocuită o altă sticlă cu fructe (ca magiun, nu ca suc). Amestecul de lapte-supă făinoasă se înlocuește treptat cu lapte complet, 5% zahăr. În total nu peste 600 gr lapte pe zi.

Din luna 9 (până în luna 11): se adăogă pâine, pesmeți; 2—3 ori pe săptămână gălbenuș de ou, brânză albă, câteva lingurițe carne tocată, piureu de ficat etc. Masă cu legume aprox. 300 gr, fructe nu peste 150 gr. Lapte complet nu peste 750 gr. Din când în când puțină apă proaspătă, cafea de malt, sau ceaiu.

(Sfârșitul în Nrul viitor)

Combaterea turburărilor gastro-intestinale în febra tifoidă și în alte boli infecțioase

de

Conf. Dr. I. Gavrilă
medic primar

Febra tifoidă în prima ei fază este o septicemie prin excelență, apoi în mod secundar bacilul tific se localizează pe alte organe, între care în primul rând este intestinul subțire, splina, ficatul și sistemul limfatic. Aceste diferite organe sunt interesate tot timpul perioadelor febrile a boalei, cât durează septicemia eberthiană. Datorită localizării bacililor tifici pe aceste organe se produc diferite insuficiențe și turburări în funcțiunea lor.

Foarte des pe primul plan al acestor turburări sunt cele gastro-intestinale, a căror expresie clinică tipică sunt diareele tifice și meteorismul foarte des în febra tifoidă. Diareele mai des se produc în urma enteritelor ulcerose tifice, uneori cu localizare și pe intestinul gros. Datorită turburărilor în digestia alimentelor ingerate foarte des se produce în această boală un meteorism mai mult sau mai puțin pronunțat. Meteorismul este constant în cazurile grave de boală și intensitatea lui de obicei este în raport direct cu gravitatea bolii. Adesea meteorismul împinge diafragmul în sus producând turburări cardiace și respiratorii secundare.

În febra tifoidă de obicei există o inflamație sau cel puțin o congestie a întregului traseu gastro-intestinal, care bineînțeles predomină pe intestinul subțire și în mod consecutiv există o deficiență în producerea fermentilor digestivi atât în stomac, cât și în intestinul subțire. În mod obișnuit există și o insuficiență în producerea fermentilor pancreatici. În aproape toate cazurile mai există turburări mai mult sau mai puțin pronunțate și în funcțiunea hepatică și biliară. Se produce în mod constant în febra tifoidă o uscăciune importantă a gurei datorită scăderii secrețiunii salivare și deci și a fermentilor din salivă.

În rezumat în febra tifoidă există în mod constant o insuficiență mai mult sau mai puțin pronunțată

a tuturor fermentilor digestivi începând cu cel din salivă, trecând la cel din suc gastric și duodenal, precum și o insuficiență biliară de intensitate variabilă. Această insuficiență digestivă este în mare parte cauza turburărilor intestinale, inclusiv a diareei, care există în febra tifoidă, precum și a meteorismului așa de pronunțat și de grav în unele cazuri.

În tratamentul febrei tifoide, pe lângă regimul igienico-dietetic, chimioterapie, de sigur că va trebui să facem și un tratament simptomatic, unde va trebui să avem în vedere combaterea tuturor acestor deficiențe și turburări gastro-intestinale. Acest lucru îl facem prin administrarea a diferiți fermenti digestivi (pepsină, pancreas, etc.), preparate biliare, preparate de cărbune etc., rezultatele obținute cu toate aceste medicamente sunt variabile.

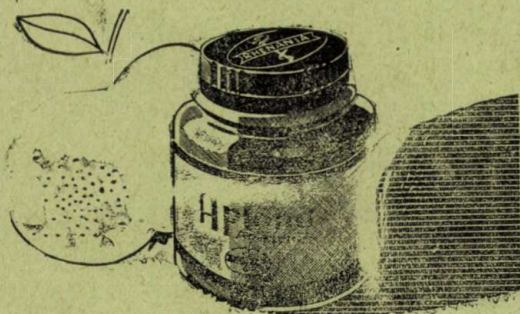
De 4 ani încoace utilizăm pentru combaterea tuturor acestor turburări intestinale și hepatice preparatele de fermenti *luizym* și *combizym*, produse de Casa „Luftpold-Werk“ din München, din care ni s'a pus la dispoziție o cantitate mai mare de către Casa producătoare spre experimentare.

Am aplicat aceste preparate pe o scară întinsă în Spitalul Epidemic din Cluj și le aplicăm și acul la Sibiu, în serviciul de contagioși al Spitalului Public.

La început am aplicat preparatul *luizym*, de 1 $\frac{1}{2}$ an încoace recurgem mai des la preparatul *combizym*.

Luizym. Acest preparat este compus din fermenti digestivi. El conține pe lângă fermentii cu rol în digestia hidraților de carbon (amilază), a albuminelor (proteaze) și a grăsimilor (esteraze), fermentii celuloză și emiceluloză cu rol în digestia celulozei și a emicelulozei, care se găsesc în cantități nsemnate în special în legumele hidrocarbonate, ca țesut de susținere a celulelor de amidon. S'a constatat că suc

Un antidiareic politrop în loc de măsuri medicamentoase multiple



Proprietatea de absorbție și puterea de desinfecție a combinațiilor de cărbune, tanin sau medicamentelor similare, administrate per os sau rectal, se epuizează prea curând „Aplona”, lipsită de inconvenientele mărului crud, întrunește însușirile unui medicament specific, cu acelea ale unui agent dietetic natural.

Ambalaj original: borcan de sticlă 100 g.

Aplona

dieteticul medicamentos

dă consistență scaunului — desintoxică — regularizează
peristaltismul intestinal.



„Rhenania” Pharmazeut. Abteilung der Kali-Chemie Aktiengesellschaft

Depozitari pentru România: Pharmag S. A. Brașov, Strada Regina Maria, 18.

CALCIRON TRENKA

Guajacol - Calciu - Sirop de Malt

Gust foarte plăcut. Îl iau cu plăcere și copiii mici.

Ambalaje originale de 100 și 300 gr.

Ambalajul de 300 gr. costă cât 2 de 100 gr.

EUCARBON TRENKA

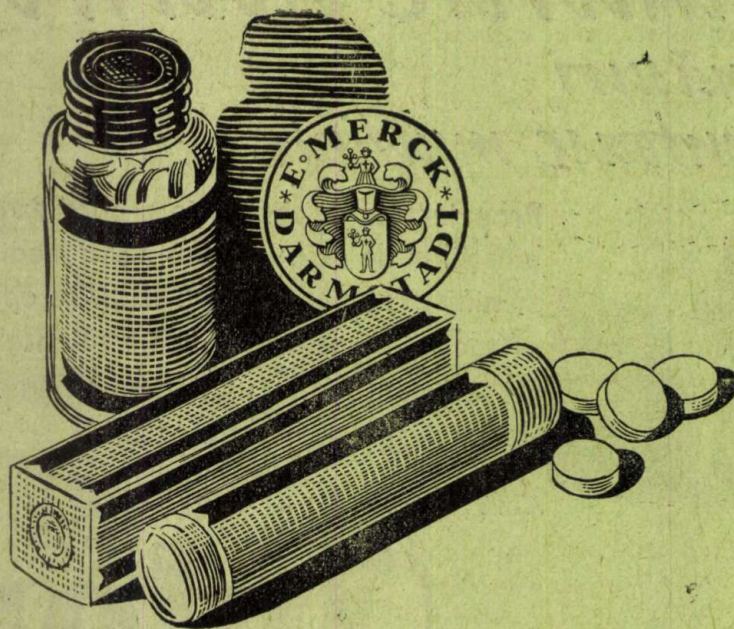
Ambalaj original de 40 și 100 Tablete.

— Unul dintre cele mai probate și eficiente produse germane —

REPREZENTANT:

Mr. G. HIETSCH, Sibiu - Strada Gh. Coșbuc Nr. 15

Laborator chimico-farmaceutic



MAGNESIUM- PERHYDROL

Preparatul original de MgO_2

de zeci de ani clinic încercat

Tablete a 0,5 gr.

Substanță de 15 și 25%

A stylized, handwritten-style signature of 'E. Merck' with a large, flowing underline.

FABRICĂ DE PRODUSE CHIMICE - DARMSTADT - FONDATĂ 1827

Reprezentanță generală :

CHIMIROMAN, Farmacist Liviu Bancu, București I, Str. T. G. Masaryk Nr. 32

gastric și intestinal nu conțin fermenți care să producă descompunerea fiziologică pe cale enzimatică a acestor celuloze, ci ea este descompusă de către flora microbiană normală din intestinul gros cu producere de gaze la acest nivel, care în condiții normale nu sunt dăunătoare organismului, ci din contră excită și favorizează peristaltismul intestinal. În cazuri patologice însă această producere de gaze din tubul intestinal poate fi foarte nocivă, poate produce o serie de tulburări locale și generale în organism, meteorism pronunțat cu turburări respiratorii și cardice consecutive.

În febra tifoidă și în alte boli infecțioase, unde leziunile tubului gastro-intestinal sunt pe primul plan, există nu numai o producere insuficientă de fermenți digestivi pentru toți principiile alimentare fundamentale (hidrați de carbon, albumine, grăsimi), dar există o insuficiență digestivă și a celulozelor cu o producere exagerată de gaze în intestin, a cărei expresie clinică este meteorismul aproape constant în această boală.

Aplicarea acestui preparat cu conținut de polifermenți era deci foarte logică, pentru că el suplănește pe de o parte deficiența de fermenți pentru hidrocarboanți, albumine și grăsimi, pe de altă parte este capabil de a combate meteorismul din această boală, câteodată așa de supărător. Întrădevăr în multe cazuri meteorismul exagerat impune foarte mult diagraful în sus, dă turburări dispneice și turburări cardio-vasculare.

Am întrebuințat în aceste condiții preparatul *luizym* în 65 de cazuri de febră tifoidă cu turburări gastro-intestinale mai mult sau mai puțin pronunțate, în special cu meteorism însemnat. Am înregistrat în toate aceste cazuri o acțiune terapeutică cel puțin satisfăcătoare, dacă nu foarte bună. Sub influența preparatului turburările gastro-intestinale s-au ameliorat, în special meteorismul s-a redus în mod simțitor, în unele cazuri până la dispariție, astfel că boala a fost apoi mai ușor suportată de către bolnav.

Iată câteva exemple:

Observația I. — C. Victoria, femeie de 26 de ani, muncitoare, intră în Spitalul Epidemic din Cluj la 20—XI—1938 în a 20-a zi de boală a unei febre tifoide grave. Intregă simptomatologia clinică a febrei tifoide era prezentă: stare tifoidă profundă, adinamie intensă, delir, temperatură înaltă, continuă (39—40,5°), puls 120, splenomegalie, rozeole tifice pe regiunea toraco-abdominală anterioară, turburări gastro-intestinale: inapetență, greață, uscăciunea cavității bucale, limba prăjită, crepată, buzele arse, crepate, cu fuliginizități, secreția salivară diminuată, uscăciune intensă a faringelui, diareei, meteorism foarte accentuat, producând o jenă respiratorie și cardiacă consecutivă.

Reacția Widal este pozitivă 1/800 pentru bacili tifici în a 21-a zi de boală.

Bolnava este supusă la tratamentul obișnuit igienico-dietetic.

Regimul alimentar aplicat de noi în febra tifoidă în general este următorul: În perioada febrilă și încă o săptămână de afebrilitate dăm regim lactat hidric: lapte pur, cafea slabă cu lapte, cacao cu lapte, supe cu lapte, cu făină de gris. Supe de legume strecurate, bulion degresat. Laptele poate fi îndulcit cu zahăr. Se

administrează apoi lichide zaharate din abundență, apă zaharată, sirop de smură, orangeadă, citronadă, ceai slab. Când laptele nu este suportat se poate înlocui în parte sau în totalitate cu derivatele laptelui: lapte omogenizat, iaurt, chefir. În caz că nici aceste derivate nu sunt tolerate recurgem în mai largă măsură la supe de legume, bulion degresat, supe de făinoase, decocturi de cereale, pireu de cartofi cu unt, făinuri alimentare (de grâu, orez, ovăz, orz, grâu), sucuri de fructe (struguri, portocale, mandarine), grâu cu lapte, orez cu lapte, în supă câte un ou, extract de carne. În general noi administrăm 1—1½ litru de lapte pur pe zi și restul de alimentație se va completa cu celelalte alimente, înșirate mai sus. După 7 zile de afebrilitate reîncepem în mod treptat alimentația și cu mare precauțiune.

Pe lângă acest regim alimentar se fac injecții cu urotropină și tratament simptomatic obișnuit.

Contra meteorismului intens administrăm preparatul *luizym* de 3 ori 3 tablete pe zi, de preferință după mâncare, după care meteorismul se reduce progresiv până la aproape completă dispariție. Primește acest medicament timp de 35 de zile, în tot timpul perioadei febrei a bolii, continuând și în convalescență cu administrarea lui în timpul realimentării bolnavei, până ce s'a ajuns la regimul mixt mai mult sau mai puțin complet.

În perioada de stare bolnava a mai făcut și o colecistită simplă catarală, în timpul căreia pe lângă tratamentul obișnuit al colecistitei s'a continuat mai departe cu administrarea *luizymului*.

Observația II. — T. Elisaveta, femeie de 29 de ani, intră în Spitalul Epidemic din Cluj la 1 Oct. 1939 cu o febră tifoidă în a 11-a zi de boală. Simptomele clinice ale febrei tifoide sunt complete: stare tifoidă moderată, temperatură înaltă și continuă (39—40°), pulsul 110, splenomegalie, rozeole tifice, inapetență, greață, uscăciunea cavității bucale, limba ușor prăjită, pe lângă constipație prezintă un meteorism pronunțat.

Reacția Widal este pozitivă 1/400 pentru bacili tifici în a 13-a zi de boală.

Bolnava este supusă la regimul igienico-dietetic obișnuit, se fac injecții cu urotropină și un tratament simptomatic indicat de starea bolnavei.

Pentru meteorismul foarte supărător administrăm *luizym*, de 3 ori 2 tablete pe zi, după care distensiunea abdominală s'a redus progresiv până aproape de dispariție, eructațiile au dispărut.

Bolnava face în perioada de stare a bolii și o colecistită simplă, în timpul căreia pe lângă tratamentul acestei complicațiuni se dă mai departe și *luizym*. Primește *luizym* timp de 20 de zile până ce intră în convalescență și este realimentată în mod treptat.

Observația III. — B. Gheorghe, bărbat de 31 de ani, intră în Spitalul Epidemic din Cluj la 6 Aug. 1939 cu o febră tifoidă în a 14-a zi de boală. Bolnavul prezintă simptomatologia clinică completă a febrei tifoide: ipertermie continuă (38,5—39,5°), stare tifoidă moderată, puls 90, splenomegalie, rozeole, turburări gastro-intestinale: inapetență, uscăciune a activității bucale, limbă ușor prăjită, constipație, meteorism destul de pronunțat.

Imediat după intrare în serviciu pe lângă regimul igienico-dietetic i se fac bolnavului injecții cu piridiu și alt tratament simptomatic.

Meteorismul este combătut cu succes cu *luizym*, pentru că administrând de 3 ori 2 tablete pe zi din acest preparat distensiunea abdominală se reduce progresiv. Administrarea preparatului se face întâi timp de 20 de zile până ce bolnavul a intrat în convalescență, însă după 3 zile de afebrilitate bolnavul face o recidivă tifică de 3 săptămâni durată, în timpul căreia din nou administrăm și *luizym*.

În toate celelalte observațiuni am înregistrat aproximativ aceleași rezultate favorabile în ce privește com-

baterea meteorismului prin acest preparat. Medicamentul l-am administrat totdeauna timp îndelungat tot timpul perloadel de stare a bolii prelungind administrarea și în convalescență până la realimentarea convalescentului.

Lulzymul are o acțiune mai sigură în special în cazurile unde predomină mai mult turburările în digestia hidraților de carbon cu fermentațiuni exagerate și producere de gaze consecutive.

Combizym. În schimb preparatul de poliferment, **combizymul**, are o acțiune la fel de favorabilă și în cazurile unde turburările digestive interesează și celalți principii alimentari (albuminele și grăsimile) și nu numai a hidraților de carbon.

Combizymul conține amilază, proteaze, esteraze de origine animală și vegetală; în afară de acestea mai conține fermenți: celulază, hemicelulază, celobloze, lipază și fosfatază.

Adesea în cursul turburărilor digestive este dificil de a preciza cu exactitudine care din fermenții digestivi sunt insuficienți, cel puțin acest lucru este greu de stabilit fără analize de laborator mai detaliate. În aceste împrejurări este mai preferabil să administrăm preparatul combizym, care favorizează în aceeași măsură digestia tuturor principiilor alimentari. (Hidrocarbonați, albumine, grăsimi).

Acțiunea combizymului începe deja în stomac și ea continuă în intestin. Acțiunea acestui preparat se produce atât în mediul acid din stomac, unde acționează fermenții vegetali, cât și în mediul alcalin din intestin, unde acționează fermenții pancreatici.

Combizymul este indicat în toate stările unde există o insuficiență sau o turburare în secreția fermenților la orice nivel al tubului gastro-intestinal. Deci acest preparat este foarte indicat în toate bolile infecțioase cu localizare predominantă asupra tubului gastro-intestinal și asupra glandelor digestive. Între acestea în primul rând își are indicația în febra tifoidă, unde după cum am amintit mai sus există turburări mai mult sau mai puțin profunde în secreția fermenților digestivi.

În ultimii doi ani și jumătate am aplicat combizymul în cele mai multe cazuri de febră tifoidă cu meteorism mai pronunțat, inapetență, uscăciune în gură, cu diaree. Până în prezent am dat preparatul în 34 de astfel de cazuri, rezultatele în toate cazurile fiind foarte bune.

Iată câteva exemple:

Observația I. — S. Ion, bărbat de 32 de ani, intră în serviciul de boli contagioase a Spitalului Public din Sibiu în 28-XII 1940 în a 10-a zi de boală a unei febre tifoide. Prezintă tabloul clinic complet al febrei tifoide: temperatură înaltă și continuă, între 39—40°, bradicardie relativă (100), stare tifoidă moderată, splenomegalie, rozeole tifice, turburări gastro-intestinale: limbă prăjită, buze crepate și arse, secreția salivară diminuată, uscăciune pronunțată a cavității bucale și faringiene, inapetență, diaree, un

meteorism foarte pronunțat, întreg abdomenul foarte distins, matitatea splenică și hepatică ușor mascată din cauza meteorismului.

Reacția Widal este pozitivă 1/500 pentru bacili tifici în a 14-a zi de boală.

Bolnavul este supus la tratamentul igienico-dietetic obișnuit. În afară de aceasta se face o chimioterapie cu injecții intravenoase de urotropină și alt tratament simptomatic.

Pentru meteorismul foarte pronunțat administrăm bolnavului preparatul combizym, de 3 ori 2 tablete pe zi timp de 20 de zile, cât a mai durat perioada febrilă a bolii. După administrarea medicamentului meteorismul s'a redus în mod vizibil și destul de repede și în timpul bolii abia a mai fost vizibil. S'au ameliorat și celelalte turburări gastro-intestinale, fiindcă diareele au dispărut în acest timp. Am avut impresia la acest bolnav că regimul lactant a fost mai bine suportat în timpul administrării combizymului, pentru că până la administrarea acestui medicament bolnavul avea o inapetență pronunțată față de lapte și lua acest aliment cu multă greutate, în schimb după administrarea combizymului laptele era mult mai ușor luat de către bolnav.

Bolnavul intră apoi în convalescență și se mai administrează 4 tablete de combizym pe zi pe lângă o realimentare treptată.

Observația II. — S. Ana, femeie de 28 de ani, intră în serviciul de contagioși al Spitalului Public Sibiu la 25 Ian. 1941 în a 10-a zi de boală a unei febre tifoide, cu simptomatologia completă a acestei boli: stare tifoidă profundă, delir, temperatură înaltă și continuă, 39—40,5°, puls 112, splenomegalie, rozeole, meteorism foarte pronunțat cu ușoară jenă cardiacă consecutivă, constipație, uscăciune pronunțată a cavității bucale, limba prăjită, crepata, buzele crepate și arse, secreția salivară diminuată.

Reacția Widal este pozitivă 1/800 pentru bacili tifici în a 12-a zi de boală.

Se aplică imediat bolnavei regimul igienico-dietetic obișnuit, chimioterapie intravenoasă cu injecțiuni de piridiu, apoi urotropină și alt tratament simptomatic.

Contra meteorismului începem a administra dela data de 1 Febr. combizym de 3 ori 2 tablete pe zi, după care acesta se reduce în mod considerabil, distensiunea abdomenului dispare aproape complet, la fel dispar și turburările cardiace prezentate de bolnavă în urma meteorismului. Evoluția bolii se face apoi spre vindecare, combizymul l-am administrat timp de 25 de zile, chiar și după ce bolnava a intrat în convalescență în timpul realimentării.

Observația III. — Z. Maria, fată de 18 ani, intră în serviciul de contagioși din Spitalul Public din Sibiu la 20-I-1941 cu tabloul clinic complet al unei febre tifoide în ziua a 8-a de boală. Prezintă o stare tifoidă profundă, splenomegalie, temperatură înaltă și continuă (39—40,5°), pulsul 120, rozeole tifice, diaree, meteorism intens cu turburări respiratorii din cauza acestuia, inapetență, cavitatea bucală foarte uscată, saliva diminuată, limba prăjită, buzele arse și crepate.

Hemocultura este pozitivă pentru bacili tifici la intrare. Reacția Widal este pozitivă 1/1600 pentru bacili tifici în a 15-a zi de boală.

Se aplică tratamentul igienico-dietetic obișnuit, chimioterapie cu injecții de piridiu și apoi urotropină și alt tratament simptomatic.

Contra meteorismului administrăm combizym de 3 ori 2 tablete pe zi, după care distensiunea abdominală se reduce considerabil, dispar turburările respiratorii, apoi se reduc și cu încetul dispar și celelalte turburări gastro-intestinale, dispere și diareea. Bolnava ia combizym timp de 23 de zile, până devine complet afebrilă, însă după 3 zile de afebrilitate face o recidivă de 10 zile durată, în care timp din nou am administrat și combizym pe lângă celalalt tratament timp de încă 14 zile.

Tot în același fel am administrat preparatul combizym și în celelalte cazuri obținând aproximativ aceleași rezultate satisfăcătoare în ce privește combaterea meteorismului și a turburărilor consecutive meteorismului.

Chiar rezultatele obținute cu preparatul combizym în febra tifoidă par a fi superioare celor înregistrate cu lulzym. De altfel și din punct de vedere teoretic și științific acesta este logic. Pentru că lulzymul este un preparat de fermenți cu rol în special în combaterea turburărilor digestive în ce privește hidrații de carbon, în schimb combizymul acționează în același fel și în același timp pentru combaterea turburărilor rezultate din insuficiența digestivă a tuturor principiilor alimentare: hidrați de carbon, albumine, grăsimi. Or în febra tifoidă și în bolile infecțioase analoage ei, există o insuficiență și o turburare în secrețiunea tuturor fermenților digestivi pentru toți acești principii alimentari, deci logic este să aplicăm pentru combaterea acestor turburări și deficiențe în primul rând preparatul combizym, a cărei acțiune pare să fie mai completă.

În regimul acestor bolnavi predomină laptele, care este foarte greu de suportat de mulți dintre acești bolnavi, pentru că adesea produce diaree intense, predispune la meteorism. Noi însă am constatat în multe cazuri că după administrarea combizymului nu numai că meteorismul se reduce, însă dispar și diareele produse probabil prin intoleranța față de lapte și de aci înainte laptele este mai bine suportat de bolnav, este luat cu mai multă plăcere, decât până acum. Se pare deci că grație administrării preparatului combizym regimul lactat este mai bine suportat de către bolnavii cu febră tifoidă.

În cursul febrei tifoidă există adesea o insuficiență hepato-biliară, care iar poate fi ameliorată în parte prin administrare de combizym.

Noi administrăm preparatul acesta în tot timpul perioadelor de stare a boalei și continuăm administrarea lui și în timpul convalescenței în perioada de reamen-

tare a acestor bolnavi, când trecem progresiv și încet de la regimul lactat hidric la regimul mixt obișnuit. Întrădeavă în această fază credem că este bine să ajutăm funcțiunile digestive cu un preparat de polifermenți. Preparatul a fost foarte bine tolerat de bolnavi în toate cazurile.

În ultimul timp tindem de a da acest preparat combizymul la toți bolnavii de febră tifoidă de la începutul bolii, cu scopul de a preveni turburările digestive, în special meteorismul, eventual și diareele, mai ales dacă ele sunt datorite intoleranței față de lapte. Rezultatele obținute până acum și în această direcție sunt satisfăcătoare.

Am mai aplicat ambele aceste preparate de fermenți și în alte cazuri de boli infecțioase cu localizare predominantă gastro-intestinală, cum sunt: febrele paratifoide A și B, intoxicațiile alimentare, dizenterie. Și în aceste cazuri am ajuns la convingerea că de mai mare utilitate este preparatul combizym, obținând cu el aproximativ aceleași rezultate favorabile, ca și în febra tifoidă.

Concluziuni. Din aplicarea pe o scară întinsă a preparatelor de polifermenți lulzym și combizym în combaterea turburărilor gastro-intestinale din bolile infecțioase, în special din febra tifoidă, paratifoide, intoxicații alimentare, dizenterie, autorul ajunge la concluzia că în aceste împrejurări ambele aceste preparate dau rezultate bune mai ales în ce privește combaterea meteorismului.

Combizymul adesea face ca bolnavii să suporte mai bine regimul lactat, la care sunt supuși și să facă să dispară uneori diareele datorite intoleranței față de lapte.

SECȚIA DE BOLI INFECȚIOASE A CLINICEI MEDICALE I
Prof. Dr. I. Hațieganu

SERVICIUL DE CONTAGIOȘI SPITALUL PUBLIC — SIBIU
Medic Primar: Conf. Dr. I. GAVRILĂ

Medicină preventivă

Mortalitatea infantilă în mediul rural

de

Dr. Klaus Tepperg
medic sanitar

Cred că nimeni din toată breasla medicilor nu simte atât de drastic și de multe ori atât de dureros discrepanța enormă între culmile științei teoretice și valoarea plină de negură a realităților vieții de toate zilele, decât medicul sanitar.

Această discrepanță am trăit-o în toată puterea cuvântului eu care după 6 ani de studii în străinătate

(Germania) și 5 ani de practică chirurgicală la clinici moderne înzestrate cu de toate, mă hotărâsem să ocup în Martie 1940 postul de medic sanitar la Ceanul-Mare în județul Turda. Nu vreau să fac teorii științifice ci vreau să arăt odată din jos în sus un sector important al medicinei rurale cu problemele ei așa cum le-am trăit în curs de aproape 2 ani. Mă găseam pentru prima

dată în vleața mea într'un mediu cu un standard de vleață atât de scăzut cum nu-l mai văzusem până atunci. Remarc că n'am trăit niciodată la țară până la venirea mea în Ceanul-Mare. Vedeam deoseblrea mare între practica orașului și situația cu totul schimbată în mediul rural. Care este prima problemă și prima posibilitate a medicului rural? m'am întrebat întâi și totuși. Răspunsul l-am primit o lună după funcționarea mea la țară, la o conferință trimestrială ținută la Turda și prezidată de d-l Dr. Stoichița, atunci inspector general sanitar. Regret mult că obiectul conferințelor trimestriale s'a demodat, deoarece primisem la această primă conferință hotărâtorul impuls pentru activitatea mea ca medic sanitar. D-l Dr. Stoichița ne-a arătat cum influența noastră asupra mortalității generale devine foarte problematică, cum însă toată existența noastră ca organe sanitare la țară are numai un singur scop și o singură posibilitate, reprimarea mortalității infantile. După acest adevăr m'am orientat în toată activitatea mea.

Să vedem acum pe rând care sunt cauzele mortalității infantile exagerate în mediul rural și care sunt posibilitățile noastre reale de a combate aceste cauze.

1. Standardul scăzut de vleață

N'avem posibilitatea de a influența în mod hotărâtor, în calitatea noastră de organe sanitare, această stare de lucruri, care de altfel cuprinde o sumedenie de probleme de ordin social, a căror soluționare trebuie pornită deodată pe toate planurile. Pe terenul școlar în primul rând, căci analfabetul formează un substrat cât se poate de înapt pentru propaganda de orice fel, pe terenul bisericesc, agricol, economic, sanitar, etc., etc. Porniri pe un singur plan izolat sau nu realizează nimic, sau realizează atât de puțin în comparație cu efortul depus și sumele întrebuințate încât se discreditează în fața publicului. Amintesc ofensiva sanitară pornită cu mult idealism și energie în vara 1938. Urmele ei care le-am găsit după un an și jumătate la venirea mea la țară au fost doar câteva latrine construite atunci și de mult transformate în cotețe de găini, câteva garduri vărulte, și o amintire cât se poate de nefavorabilă la populație. Posibilitățile noastre pe acest teren sunt limitate. Prin pilda, a la Popa Tanda putem demonstra folosul și necesitatea unei grădini de zarzavat. Prin vorbe multe de propagandă și succes slab putem să convingem pe unul și pe altul, că de a suferi toată vleața de scabie este o stare anormală. Mai eficace devine propaganda noastră în această direcție în cazurile unde suntem în măsură de a aplica sancțiuni, adică la vleațele elevilor și a premilitarilor.

2. Lipsă de credință în medicina oficioasă și atitudinea de fatalism față de moarte

Această lipsă de credință și acest fatalism îl împiedică pe țăran de a recurge la ajutorul medicului

în caz de boală, mai ales dacă este vorba de un copil sugar. El este mult mai aplecat la ajutorul leacurilor băbești, diferitelor vrăjitorii, sau în cel mai bun caz la ajutorul bisericii. În caz de boală îl cheamă pe preotul „ca să-l cetească” și dacă acest cetit nu are efectul dorit și pacientul moare el se mulțumește cu constatarea „așa a vrut Dumnezeu”. De câte ori n'am auzit acest răspuns la întrebarea mea despre probabila cauză a morții. Acest fatalism are și o parte plăcută pentru medic, încât niciodată țăranul nu-l face răspunzător pentru decursul fatal al unei boli tratate de el, un lucru care se întâmplă destul de des în practica aurea a orașului. Regretatul „n'a mai avut zile dela Dumnezeu” și atunci nici medicul nu s'a putut împotrivi cu succes acestei providențe Dumnezești. Într'adevăr fatal devine acest fatalism la mortalitatea infantilă. Familiile sunt numeroase, leagănul nu se golește de obiectu până la intrarea în menopauză a mamei familiei. Lucrul câmpului cere toate brațele disponibile, cine să mai facă risipa de timp și să aducă un blet sugar bolnav a cărui zile și așa sunt numărate de Dumnezeu, la medic. Prima grijă este ca copilul să nu moară nebotezat. Restul interesează puțin și moartea unui copil sugar nu mișcă pe nimeni prea adânc. Din contra dacă copilul a fost dintr-o familie înstărită sau cum se spune la noi a unul „gazdă”, tot satul se bucură de „cinstea la comandare” (pomana la înmormântare). Incercarea de a schimba această atitudine devine o datină și tradiție devine un lucru foarte greu. — Am încercat să mă încadrez cât se poate de mult în această datină, aducându-i modificările necesare. Consimțeam în discuție că zilele omului sunt numărate de Dumnezeu și nu se poate nici adăoga nici scădea din ele prin eforturi omenești. Însă precum nimica nu există fără voia Domnului și medicul este dat de Dumnezeu.

În consecință nu mai pot admite la cauza morții diagnosticul „așa a vrut Dumnezeu”, decât numai în cazurile în care regretatul a fost în prealabil văzut și tratat. Această credință a mea am impus-o cu ușoară forță, căci marile mase mai mult sau mai puțin lipsite de judecată trebuiesc forțate la binele lor. Acest adevăr ne confirmă rezultatele splendide ale regimurilor autoritare și eșecul complet al sistemelor democratice. — Am luat deci contact cu autoritățile administrative de a nu elibera nicio autorizație de înmormântare fără actul de verificarea morții semnat de mine personal. Când decedatul n'a fost văzut în vleață de mine sau alt medic, creiam artificial diferite greutăți. Discutam eventualitatea de crimă care ar putea necesita facerea autopsiei și ceea ce era mai important mă deplasam de fiecare dată la cadavrul respectiv — cerând o sumă de bani pentru deplasare și arătând în același timp că toate aceste greutăți și cheltuieli n'ar exista dacă mortul ar fi fost adus la consultație cât timp mai era în vleață.

Arătam cu această ocazie că consultația pentru copii de orice categorie se face oricând și în mod absolut gratuit. Cu această măsură îl atingeam pe țăranul nostru la punctul său cel mai nevralgic, la pungă.

Ajunsesem în sfârșit prin această măsură la o primă bază de plecare. Foarte rar moare cineva în raza circumscripției mele, mai ales un copil, fără să fi fost văzut de mine cel puțin o singură dată înaintea morții. Toată lumea știe că în caz contrar „e bai” cum se spune la noi. Se lvesc cheltulele, înmormântarea întârzie în cele mai multe cazuri cu o zi, musafirii poftiți la pomană se îndispun din cauza întârzierii, la fel și preotul pregătit pentru cutare zi. În sfârșit o mulțime de neplăceri care se pot evita, aducând bolnavul încă înaintea morții la consultație medicală. De multe ori mi-au fost aduși la început copii muribunzi. „L-am adus ca să-l vedeți și să nu fie bai pe urmă”.

Pot să afirm că în foarte multe cazuri această măsură mi-a făcut posibilă salvarea unei vieți de copil, de altfel compromisă. Cu timpul lumea s'a familiarizat cu obiceiul de a aduce pe omul bolnav, dar mai ales pe copilul bolnav la consultație medicală. Tot prin această măsură am primit o privire generală asupra stării sănătății populației din întreaga circumscripție și tot această măsură m'a ajutat mult în depistarea cazurilor de boli epidemice și sociale.

După expunerea acestor 2 puncte de ordin general să ne ocupăm cu cauzele pur medicale ale mortalității infantile.

3. Născuții prematuri și debilitatea congenitală

Numărul copiilor morți din această categorie ne strică de multe ori cea mai frumoasă statistică. Cifra lor nu este de loc neglijabilă. Aproape în fiecare familie se naște după o serie de copii cu vitalitate suficientă câte un copil slab, plernicît sau născut prematur. Cauzele acestei stări de lucru ar putea fi obiectul unei anchete științifice și m'aș pierde în teorii dacă aș încerca să le discut. Mă mărginesc deci numai la constatarea acestui fapt. Am încercat să influențez această debilitate congenitală și frecvența nașterilor premature printr-o sporire a consultațiilor prenatale. Rezultatul eforturilor mele bazate numai pe propaganda fără nicio posibilitate de constrângere, a fost destul de slab.

Ocotirea postnatală a acestui grup de copii întâmplină greutăți enorme în mediul rural. Cine nu știe cât de greu se crește un copil născut prematur sau debil congenital într-o clinică infantilă modernă cu aparate de oxigen, leagăn încălzit, posibilitate de hormonoterapie, în sfârșit cu tot armamentul științei moderne. Ce să facem cu un astfel de copil în mediul rural cu condițiunile sale de traiu primitive și grele. O sfătuim pe mamă să-l țină cât se poate de cald, să-l hrănească numai la sân și de altfel îl încredințăm griji

lui Dumnezeu. S'ar putea pune întrebarea dacă la acest grup de copii împledecarea selecțiunii naturale, prin știința medicală ar fi rațională. Nu mă declar aderent al Spartanilor care aruncau acești copii în Talget, însă mediul rural cu condițiunile sale de traiu aspre și de multe ori într'adevăr spartanice, formează în majoritatea cazurilor „Talgetul” lor.

4. Greșelile în alimentație și îngrijirea sugarilor și noilor născuți

Aici este adevăratul teren al puericulturii, domeniul surorilor de ocrotire sprijinite și înțelate de medici. Ele controlează sugarul la domiciliu, dau mamelor sfaturile necesare referitor la hrana și îngrijirea copiilor, combat prin viu graiu superstițiile băbești și controlează executarea prescripțiilor medicale. La consultațiile regulate de puericultură medicul are posibilitatea de a controla toate contingentele de copii și sugari. Dar și pe acest teren eforturile noastre ar avea un succes mai mult sau mai puțin platonc, dacă n'am avea și aici un mijloc blând de constrângere. Acest mijloc de constrângere îl formează ajutoarele pentru copii, care ni se pun la dispoziție din când în când din partea serviciului sanitar al județului. Ele sunt formate din zahăr, grîș, în timpuri mai bune și din orez, săpun, scutece și haine pentru copii. N'am făcut nicio deosebire între copii bogat sau sărac la distribuirea acestor ajutoare. Singurul criteriu aplicat era frecvența dispensarului de puericultură. Am constatat că aceste ajutoare aduc incomparabil mai mulți copii la consultație de puericultură, decât cea mai aprigă propagandă a noastră. De când ajutoarele vin mai rar și din cauza împrejurărilor în cantități mai reduse și frecvența dispensarului de puericultură a scăzut simțitor. Am mai întrebunțat aceste ajutoare ca mijloc de constrângere în altă direcție, refuzându-le familiilor care sustrăgeau copiii lor dela vaccinare.

5. Rachitismul

Cine nu cunoaște această boală bine determinată, cine nu cunoaște suveranul ei medicament curativ și preventiv, vitamina „D”. Foarte simplu, o boală destul de studiată, o boală cu rară posibilitate de tratament specific. Și totuși ce problemă mare în mediul rural, pentru medicina rurală a cărei exponent responsabil este bietul medic sanitar. Cum să-l convingi pe țăranul nostru să cumpere un medicament destul de scump, precum sunt preparatele sintetice de vitamina „D”, pentru copilul său care după aprecierea și judecata lui nici nu este bolnav. Un lucru absolut imposibil, chiar, dacă cumva ar putea convinge pe unul sau pe altul, pentru marea majoritate a cazurilor asta ar fi egal cu zero. Și totuși problema trebuia rezolvată. Primele mele anchete în această direcție imi dădeau rezultate înspălmântătoare. În general 80% până la 90% dintre sugarii

controlați au fost rachitici. Îmi aduceam atunci aminte că în gălbenușul de ou se găsește vitamina „D” într-o concentrație destul de mare. Le-am învățat pe mame să pipăie fontanelele copiilor și să controleze așa singure decursul boalei. Am cerut ca la vârsta de 7—8 luni fontanelele să fie închise. Le-am învățat să mănânce ele până într'a patra lună de alăptare zilnic 1—2 gălbenușuri de ou, crude, amestecate cu supă, borș, lapte, zahăr, etc. etc. Dela a IV-a lună în sus am prescris sugarilor zilnic un gălbenuș de ou crud, freat cu zahăr sau amestecat cu lapte, sau adăugat la o flutură de grîș, etc. Le-am învățat pe mame să folosească numai gălbenușul oului de găină, deoarece oul de rață sau de găscă poate fi infectat și se recomandă ca hrană numai după ce a fiert cel puțin 10 minute. Se știe că mai ales oul de rață este de multe ori infectat cu bacilii din grupul tiflicilor, Gärtner etc. Făceam această propagandă perseverent, singur și prin toate organele sanitare în subordine amenințând pe mamele neglijente a căror copii nu prezentau ameliorări vizibile, cu sustragerea ajutoarelor periodice. După aproape 2 ani de activitate în această direcție pot să afirm că în raza circumscripției mele procentul de rachitism a scăzut simțitor. În subconștientul populației însă au intrat atât rachitismul ca o noțiune de boală destul de periculoasă însă evitabilă, cât și tratamentul lui cu gălbenuș de ou de găină.

6. Enteritele de vară și toxicozele

Aceste boli ocupă locul de frunte la cauzele mortalității infantile în mediul rural. Vara atât de favorabilă turburărilor digestive o găsește pe țărancă supraocupată cu munca câmpului. În cele mai multe cazuri îl alăptează pe micul sugar numai de 2 ori pe zi. Dimineața când pleacă și seara târziu când vine dela lucru. Pentru restul zilei biletul sugar rămâne în grija mai mult decât dubioasă a unei babe neputincioase sau a unui alt copil de 6—7 ani. Faptul că sugarii nu sunt complet decimați de enterite și toxicoze în astfel de împrejurări, vorbește numai pentru vitalitatea acestui neam. Cu toată supraocuparea în timpul verii femeile își aduc copiii bolnavi de „foale” adică dispeptici la consultație medicală de frica „buclucurilor” în caz de deces. Din păcate însă mulți copii aduși de această frică se găsesc aproape, sau chiar, în stadiul toxicozel, căci fatalismul tradițional își atinge culmea în privința enteritelor sugarilor. „Îi merge foalele până ce moare sau până ce-l trece de măgan”, adică suferă de diaree până ce moare, sau până ce-l trece dela sine. Pentru cazurile ușoare am introdus un tratament standard ușor de aplicat și de controlat de sora de ocrotire. Anume: 12—24 ore, după gravitatea cazului, pauza de cealu. Ca cealu recomand frunza de smeură uscată la umbră, care are un efect adstringent și se poate ușor procura. Continuăm cu apa de orez (mai înainte furnizat de noi)

sau cu apă de arpăcaș puțin sărată spre a combate hipocloremia cauzată de diaree și vărsături. Pe măsură ce se ameliorează diareea adăogăm treptat lapte de mamă sau de vacă la apa de orez respective la cea de arpăcaș. Spre a întări credința în medicamente mai dau de câteva ori pe zi un vârf de cuțit cu praf de carbonat de calciu, un medicament ușor de procurat de către dispensar.

La diareele copiilor trecuți de un an, tratamentul dietetic cu mere rase dă rezultate destul de satisfăcătoare.

Acuma însă vine problema cea mai grea, enteritele grave și toxicozele. Cunoaștem această problemă complicată încă de pe băncile Universității. Știm de infuziuni cu ser fiziologic și cu soluție Ringer, de tratamentul cu zeamă de ficat, cu cortizon în sfârșit cu câte și mai multe. Fiecare revistă medicală aproape ne aduce alte sfaturi terapeutice în această direcție. Folosul lor pentru noi medicii rurali este de natură pur platonice. Ne îmbogățim cunoștințele medicale, și învățăm ce ar fi de făcut dacă... N'avem însă nicio posibilitate de a transpune aceste cunoștințe teoretice în practica noastră medicală, deoarece ne lipsesc absolut toate premisele. Nu dispunem de aparatul tehnic unei clinici infantile, nu dispunem de medicamentele necesare și nici părinții nu sunt dispuși să le procure. Gândul de a fi condamnat în asemenea cazuri la absolută neputință m'a chinat și m'a frământat mult de tot. — Mi-am făcut o socoteală simplă și primitivă, poate tot așa de simplă și primitivă, ca toată medicina noastră rurală. Copilul cu diaree gravă pierde apă, săruri, albumine și prin prăbușirea metabolismului al albuminelor și minereurilor dă în toxicoză. — M'am întrebat întâi dacă pot creea în mediul meu rural o posibilitate de a acoperi aceste pierderi. M'am gândit la un lichid asemănător plasmelor sanghine, care ar îndeplini aceste condițiuni, și mi-am adus aminte de numeroase fiole de seruri devenite ineficace cari zac în bala dispensarului meu. Cu titlu de experiment am aplicat aceste seruri în cantități mai mari cazurilor dezolate de diaree gravă și toxicoză cu un efect terapeutic uimitor. Pot să afirm că în urma acestui tratament aplicat regulat, mortalitatea toxicozelor și diareelor grave care era înainte aproape sută la sută, a scăzut foarte simțitor. Administrez 60—100 cmc de ser sub plelea abdomenului. Aceeași operație se repetă după 24 și 48 ore. Mă abțin dela reflexiuni teoretice asupra mecanismului eficacității acestui tratament.

7. Broncho-pnemoniile

Ele formează contingentul principal al copiilor morți din toamnă până în primăvară. De vină sunt locuințele mizerabile și permanenta criză de lemne de foc din această regiune. În toată circumscripția mea pot număra casele particulare construite din cărămidă

pe degetele unei singure mâni. Restul caselor sunt umede, construite cu lut bătut, sau cărămidă nearsă și fără pardiment. Aceste probleme cad sub punctul standardului de viață despre care am mai spus că nu-l putem influența hotărâtor. Cum putem trata broncho-pneumonia copiilor mici în mediul rural? Răspuns, destul de bine.

Degajarea inimii și aparatul circulator prin provocarea unei hiperemii intense a pielii o obținem cu un mijloc foarte ușor de procurat și anume „compresa cu hrean”. Hreanul crește ca burulană aproape în fiecare șanț. Rădăcina lui se rade, se amestecă cu puțin oțet încălzit, se pune între 2 cârpe și se aplică în formă de compresă împrejurul pieptului. Compresa se îndepărtează după 10–20 minute, adică după ce s'a produs un eritem intens. Acest procedeu se repetă de 2-3 ori pe zi. Tratamentul hreanului a devenit atât de popular în raza activității mele, încât de multe ori micii cetățeni aduși de mamele lor pentru „tusă” exhală un miros penetrant de hrean. La acest tratament adăugăm expectorante ușoare. Infuziuni de *Radix Senegae* sau *Ipeca* cu benzoat de sodiu. Noi preparăm la dispensar un praf amestecat de *Radix Senegae* și benzoat de sodiu socotit pentru 250 gr de infuzie. Infuzia o prepară mama copilului acasă după prescripția noastră. Cu prelungirea războiului *Senega* și *Ipeca* vor deveni tot mai rare și m'am gândit să încerc după terminarea proviziilor mele, expectorantele care cresc pe meleagurile noastre și anume, *Radix Violae odoratae* și *Radix Althaeae officinalis*. Din când în când putem da câte o injecție cu cafeină, strichnină sau olei camforat, medicamente care se găsesc la dispensar. Tratamentele moderne cu sulfonamidele, seruri tipo-specifice etc etc. nu pot intra în cadrul planului nostru terapeutic, deoarece ele sunt prea complicate și prea scumpe.

8. Furunculozele și dermopatiile purulente

Și aceste maladii formează câte odată, mai ales la sugarii rachitici, cauza morții. Prețul lor ridicat ne împiedică de a folosi sulfon- și sulfamidele.

Am obținut rezultate satisfăcătoare cu vaccinul antistafilococic și polimicrobian Cantacuzino care se furnizează dispensarelor. La furuncule am aplicat comprese cu o flertură deasă de „*Faemumgraecum*” ușor de procurat și la un preț mic din drogherii. Acest *Faemumgraecum* este sămânța pulverizată a unui fel de trifoiu întrebunțată în medicina populară din moși, strămoși. Efectul ei întrece toate alifiile scumpe propagate prin reclamă.

La impetigo folosesc local o alifie preparată de noi la dispensar care are la bază vaselina zincată ame-

stecată cu puțin Rivanol, Calomel, Sulf și Balsam peruvian.

9. Sustragerea dela vaccinare

Această cauză influențează numai în mod indirect mortalitatea infantilă, o menționez încă din următoarele motive:

1. Cu ocazia vaccinărilor și revaccinărilor antivaricelice și antidifterice medicul are posibilitatea de a revizui trei contingente de copii.

2. Vaccinările antidifterice influențează în mod vizibil numărul cazurilor de difterie, deci prin urmare și mortalitatea.

Pentru a putea obține o cifră cât mai mare de vaccinați am fost silit să recurg și aici la represalii. Cine nu se prezintă la vaccinare, este vaccinat acasă contra plată. Iacă iarăși punctul nevralgic prin atingerea cărui realizez o cifră de vaccinați aproape totală. Ce bucuros aș fi încă și împreună cu mine cred toți medicii sanitari dacă vaccinarea antidifterică s'ar putea realiza cu o singură sau cel puțin numai cu 2 injecții. Copiii sunt destul de mari spre a-și da seama de cele ce-l așteaptă la a doua și a treia injecție. În ziua ultimei injecții am întotdeauna vizitarea judecății celei din urmă cu plânsete și scrâșnete. Cred că acest aspect plin de jale le impresionează profund și pe biete mame.

Cu toate că nu se ține direct de obiectul nostru aș repeta aici o sugestie pe care am dat-o Institutului Cantacuzino referitor la păstrarea anatoxinei. O fiolă odată deschisă și conținutul ei întrebunțat numai în parte trebuie aruncată. Dacă se întrebunțează totuși mai târziu vaccinul (anatoxina) rămas se pot produce infecții neplăcute. Ar fi deci rațional de a păstra anatoxina în flacoane masive de sticlă cu dop de cauciuc la fel cum se păstrează insulina.

Acest mod de păstrare ar garanta o sterilitate bună combinată cu o folosire economică a anatoxinei până la ultima picătură din fiecare flacon. Flacoanele goale ar putea fi restituite Institutului Cantacuzino.

Am încercat să tratez diferite probleme în legătură cu mortalitatea infantilă în mediul rural, văzute odată din jos în sus. Am arătat posibilitățile reale ale medicului sanitar în combaterea acestui flagel, așa cum mi s'au arătat ele în decursul activității mele. Îmi dau perfect seama că caracterul acestor rânduri nu poate să fie altfel decât fragmentar și doresc ca încă mulți medici sanitari care se bat zilnic cu aceste probleme să comunice observațiile și propunerile lor spre folosul medicinei preventive și a poporului întreg.

Societăți medicale

SOCIETATEA ȘTIINTELOR MEDICALE DIN CLUJ-SIBIU

Ședința din 20 Februarie 1942.

Prezidează: D-l Decan Prof. Dr. V. PAPILIAN.

Comemorarea împlinirii unui an dela moartea Profesorului Minea.

D-l Decan Profesor Dr. V. Papilian spune următoarele:

Figura profesorului Minea trăiește puternic azi, în mijlocul nostru. Nimeni nu-l poate uita. A fost un savant în toată accepțiunea cuvântului. Anatomist și fiziolog, era totuși un mare clinician; nu s'a lăsat furat de materialul mort al experienței și în clinică n'a uitat bazele științei, care se găsesc în experiență. Dar Minea era un mare erudit: nu era un domeniu, cât de variat, în care să nu se simtă stăpân. Minea a fost un admirabil coleg. Aparent voia să fie un om sever, ironic și chiar rău; în fond era un suflet extrem de bun, un admirabil coleg și prieten. Minea a fost și-un admirabil profesor. Tehnica lui era minunată, bunăvoința lui fără margini.

Moartea lui Minea e legată de marea durere a neamului, pierderea Ardealului de Nord. Minea e o victimă a acestei mari dureri colective. Când comemorăm sau reevocăm pe Minea ne amintim de această durere mare. În clinică și în laborator ori de câte ori probleme grele ne frământă, ne reamintim de acest spirit pătrunzător. El va trăi veșnic prin personalitatea sa în domeniul științei, cât și prin acea mare durere a neamului. După cum am suferit indoit prin pierderea lui Minea și-a Ardealului și nădejdea în viitor să ne fie indoită, gândindu-ne la aportul lui enorm, în toate domeniile de activitate.

Ca o meditație asupra personalității lui Minea și-a nădejdelor viitoare, asistența ține câteva clipe de reculegere.

Prof. Dr. Urechia: **Despre simulanți.** (Conferință).

Conferențiarul, după ce arată că simulantul e un debil mintal, un degenerat sau un histeric arată care e situația expertului și care sunt metodele de diagnostic, precum și bolile simulate mai des.

Acești bolnavi trebuiesc bine observați de specialiști. Hipnoza nu e o metodă perfectă de diagnostic, *pentru* că bolnavul poate să nu fie mirean nici în hipnoză. Expertul e adesea pus în situațiunea grea de a nu se putea pronunța din cauza răspunderii mari care și-o ia când este totodată și medicul unei soc. de asigurare.

În materie de depistarea simulanților există sindromul lui Gauser cu o triadă simptomatică. De multe ori trebuie să fim detectivi adevărați, să fim atenți la mimica și afectivitatea simulanților, la puls, să le întindem diferite curse ca să-i prindem în flagrant delict de simulare.

Dintre diferitele afecțiuni simulate mai des este epilepsia, apoi demența precoce, obsesiile, droniomania, abortismul, tremurul esențial etc.

Discuție:

D-l Insp. Gen. Sanitar Dr. Preda, împarte simulanții în 2 categorii: cei ce simulează grosolan și cei ce simulează inteligent. D-sa în toate simulațiile tratează pe simulanți de boala pe care o simulează și astfel simulanții mărturisesc tacit de teama de a nu se îmbolnăvi și ca să iasă cu față onorabilă din această simulație. Astfel nu este o depistare ci o mărturisire nu prin grai ci prin actele sale. Rezultatele au fost totdeauna bune.

D-l Prof. Dr. M. Kernbach: Consideră patologia simulării ca o problemă militară de mare amploare care trebuie să ne preocupe încă *pentru* a cuprinde simulația din alte domenii nu numai din cel neuro-mintal.

Prof. Teșos: **Tratamentul plăgilor de războiu.**

După o incursiune în anat. patologică a leziunilor de războiu, insistă asupra tratatului chirurgical: curățire mecanică, curățire chimică și anatomică și obținerea integrității funcționale.

D-l Insp. Gen. San. Dr. Preda, remarcă mobilitatea extremă a războiului de azi și deci curățirea mecanică se poate face extrem de târziu și rămân celelalte 2 metode. Insistă asupra refacerii funcționale care e o problemă de mecanoterapie.

D-l Conf. Dr. I. Gavrilă: subliniază noua metodă terapeutică, a sulfamidelor care a dat rezultate.

Prof. Buzoianu: **Histero-Traumatismele auditive de războiu.** (Apare în articol).

Ședința din 6 Martie 1942.

Prezidează D-l Prof. Dr. T. VASILIU.

Prof. Dr. T. Vasiliu: Comunicare asupra Congresului de chirurgie dela Iași.

Congresul a ținut 3 zile, s'a lucrat în secțiuni duble și s'au adunat date numeroase în rapoarte ce vor fi publicate.

S'a evidențiat astfel că organizarea sanitară a fost bună, iar activitatea și contribuția corpului sanitar în actualul războiu a fost efectivă. S'a lucrat intens și cu conștiință în toate domeniile și în toate ramificațiile organizației sanitare. În terapeutică s'a ajuns la concluzia că amputațiile să nu se facă decât în măsură foarte redusă. Gangrena gazoasă fiind susceptibilă și la un tratament mai conservator.

Dr. Adam și Dr. Mircioiu: Considerațiuni asupra organizării și funcționării ambulanței divizionare.

(Apare ca articol în revistă).

Conf. Dr. Velluda: **Clasarea invalizilor.**

Este o problemă națională, căci dacă din războiul trecut ne-au rămas o serie întreagă de invalizi cu situația în neregulă, acum nu trebuie să se mai repete. Comisiile de clasarea invalizilor trebuie să lucreze cu atenție ca să nu le scape nici un amănunt.

Expune câteva exemple culese din numeroasele comisii la care a luat parte.

Dr. Hângănuș și Dr. Faur: Considerațiuni asupra hematoraxului de războiu.

(Va apare sub formă de articol în revistă).

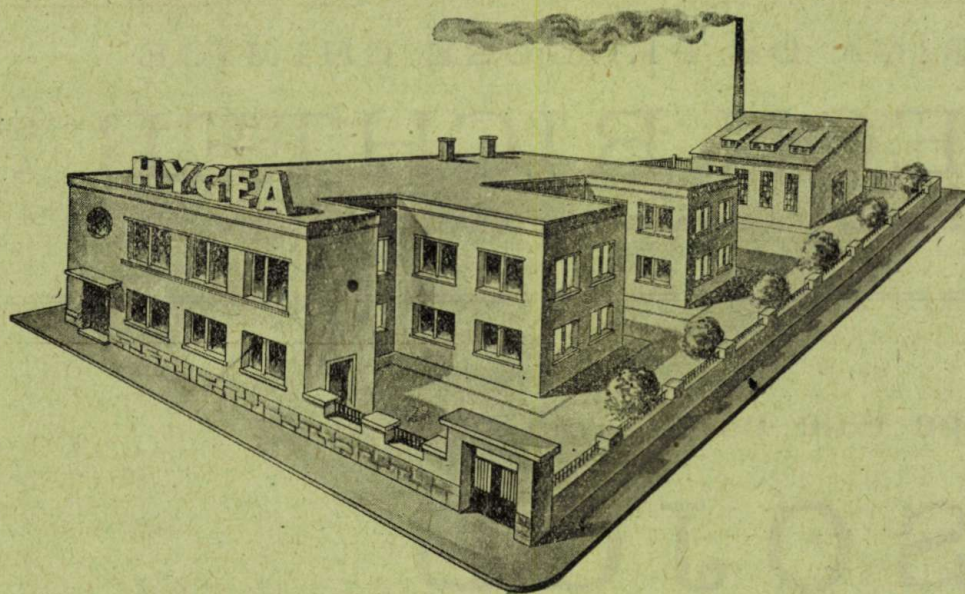
Dr. M. Zolog: Plăgile oculo-orbitare de războiu. (Apare în articol)

— (Conferințele d-lui prof. Dr. M. Kernbach).

„Curente sintetice în medicina contemporană” și „Spiritul sintetic în reconstrucția medicinii”, **prima:** „Curente sintetice în medicina contemporană”, **a doua,** urmare a celei dintâi: „Spiritul sintetic în reconstrucția medicinii”.

Medicina de azi se află într-o criză. Această criză medicală se integrează în criza mondială, având aspecte și chiar cauze comune cu ea și se manifestă, în trăsăturile ei esențiale, prin extinderea excesivă a morbidității. Degenerarea omului, morfologic și funcțional, în acest sens mai ales pe planul productivității și a energiei umane, este gravă, amenințătoare. Statele cele mai civilizate, sesizându-se de acest fapt, au ajuns să aibă un număr de medici aproape egal cu al bolnavilor. Așa bunăoară, Statele Unite ale Americii număra, prin 1926, la 12 milioane de bolnavi, nu mai puțin de 11 milioane personal medical și auxiliar, o întreagă armată pentru combaterea boalei, care costă 3,500 milioane dolari anual. În acest fel omul ajunge a fi un balast al statului și al său propriu.

Gânditorii medicinii au oferit numeroase soluții de remediere, curente sociale, politice și juridice însă, prin imixtiunea lor necompetentă, au creat un adevărat haos al trăirii medicale, făcând posibilă conviețuirea pașnică a tuturor contrastelor și anti-tezelor, în detrimentul omenirii.



CLUJ



SENNA-CARBON

TABLETE

Folia sennae plv.
Fel tauri depur.
Carbo depur.
Sulfur depur.
Ol. menthae & phoeniculi

Gastrite, Intoxicațiuni
alimentare, Constipații
acute și cronice



MYKOCID

TINCTURĂ

Jodo-phenol-trichloroxy-
aethanol-dioxybensol-
formol-fuxin-borat

Combaterea micoselor
parazitare



Fabrica HYGEA-CLUJ, S. A. R.
BUCUREȘTI,

PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE

Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE
GEDEON RICHTER S.
A.

București V. Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Iodoterapie pe cale parenterală prin

VASOJOD

subcutan, intravenos, intramuseular

Fiole de 2 și 5 cc. conținând
4 respectiv 10 mgr. iod

În flatulență, meteorism, enterite acute și hiperaciditate

MAGNOCARBON

de trei ori pe zi 1—2 tablete

În afecțiunile gastrointestinale
datorite insuficienței pancreatice

PANKRIN și DIPANKRIN

fermenții pancreatici

fermenții pancreatici și duodenali

tablete

Drept remediu, gânditorii moderni au pus bazele vieții umane totale, a omului privit în unitatea sa biopsihică, unii din ei teoretic, iar alții aducând și realizări practice.

Ca reacțiune față de gândirea analitică, tehnică și materialistă a medicinei, care cu toată excesivitatea străduințelor sale nu e în măsură a remedia cătuși de puțin morbiditatea, ba dimpotrivă e silită a asista la o tot mai mare întindere a ei, apare spiritul sintetic tinzând a reconstrui medicina și a fi totodată baza adevărată dela care aceasta să pornească la realizarea idealului său.

Trei mari figuri reprezentative ale gândirii medicale de azi, apoi, grupările medicale din Franța și Germania, crează curente sintetice, menite a juca rol de reconstrucție ale medicinei.

Pende crează în Italia, Biotipologia, știința omului total, privit morfologic, moral și intelectual, baza medicinei constituționaliste, având ca latură de aplicare practică, ortogeneza, aducând însemnate realizări pe terenul „bonificării umane”, în Institutule dela Genova, Berlin, Tel-Aviv, Charchow. [Idealul acestei științe e concretizat în Piramida lui Pende, care reprezintă sinteza biotipului uman individual: Rezistența vitală generală, caracteristicile neuromusculare, aptitudinile de muncă, intelectuală și manuală, progresul școlar, valoarea economică, socială și reproductivă a individului.

Brugsch crează în Germania, „Știința persoanei”, care tinde a reconstrui individul prin aspectul dinamic al trăirii lui, adăugând în plus factorii ambianțiali, ecologici și chorologici în cunoașterea omului și a bolii. Idealul acestei științe e o medicină mai individuală, cunoașterea vieții întregi și concrete, aplicarea cunoașterii persoanei, în educarea popoarelor, în alegerea carierii, în adaptarea la viața practică.

Carrel, în Statele Unite ale Americii, schițează știința omului, având ca ideal, renovarea omului prin actualizarea potențialităților lui ancestrale, renașterea omului în armonia activităților fiziologice și mintale (universul uman), construcția elitei, a aristocrației ereditare, crearea personalităților, eugenismul voluntar și sănătatea naturală. El concludă că toată viața e un produs adaptativ, continuu, ritmic.

Pende, Brugsch și Carrel sunt de sigur figurile cele mai pregnante ale medicinei moderne contemporane. Ei reușesc să imbine abstractul și concretul într-o armonie desăvârșită, să pătrundă și să sintetizeze faptele cele mai generale ale vieții umane.

În Franța, la Lyon, o grupare medico-psihiologică-filosofică studiază din 1928 toate aspectele medicinei contemporane și tinde să angreneze medicina în toată viața și chiar existența umană. La Leipzig și la Berlin iau naștere grupări care discută fundamentele și scopurile medicinei de azi, dând la iveală numeroase publicații care pun bazele sociologiei și filosofiei medicale. Omeopatia tinde să realizeze o sinteză pe teren terapeutic.

D-l prof. Kernbach crede însă că rolul hotărâtor îl va avea curentul pe care D-sa îl numește „existențialist”, inițiat de gruparea berlineză din jurul revistei „Deutsche Medizinische Wochenschrift”. În sensul acestui curent sunt îndreptate și preocupările d-lui prof. Kernbach. Acest curent preconizează fundamentarea unei medicine a existenței concrete a omului, privit ca o parte din univers, să considere omul într-o înălțare unitară cu universul, ai cărui factori îi plămădesc personalitatea și în bine și în rău, în sănătate și în boală. Clădirea medicinei existenței e posibilă însă numai după ce se va fi construit o știință a existenței și când se va fi realizat în mod concret și științific ideea de unitate și de înălțare în univers. Realizările sunt de sigur grele, totuși, prin multă jertfă, posibile.

Sedinta din 20 Martie 1942.

Prezidează D-l Prof. TĂTARU

Dr. Gheorghiu: Dublă operație de gastro-entero anastomoză cu ulcer peptic perforat.

Conf. Dr. C. Velluda: Clasarea invalizilor (Conferință).

Prof. Dr. M. Kernbach: Spiritul sintetic în reconstrucția medicinei (Conferință).

Profesor Dr. C. Tătaru, Dr. O. Mihailescu, Dr. N. Păcescu: Un caz de lepră mixtă.

Bolnavul G. C., agricultor din comuna Covrigi, jud. Mehedintzi, de 22 ani, necăsătorit, soldat din Regt. 94 Inf. internat în Spitalul Militar în 30/I 1942.

Antecedente heredo-colat: părinții trăiesc și sunt sănătoși. În familie nu suferă nimeni de o afecțiune similară.

Antecedente personale: Neagă boli infecto-contagioase.

Istoric: Boala actuală datează din Septembrie 1941, când bolnavul observă apariția unor pete roșii pe față și membre și apoi niște noduli mai exprimați pe față, leziuni însoțite la început de frisoane și ascensiuni termice; ceea ce i-a atras mai mult atenția fiind o răgușeală din ce în ce mai pronunțată.

În acest timp bolnavul a suferit câteva arsuri fără ca să simtă atunci când s'a ars.

Examenul obiectiv: Bolnavul este bine dezvoltat, cu țesutul celulo-adipos păstrat.

La examenul tegumentelor se prezintă o erupțiune mai accentuată la față, antebrațe și coapse, mai discretă pe abdomen, spate și gambe.

În general pielea este mai uscată, în special pe antebrațe și membrele inferioare unde este mai aspră și cu o ușoară descuamație, transpirația în axile fiind redusă.

Erupțiunea este construită din pete și tuberculi ori noduli.

Petele au o culoare roză-violacee, care la digito- sau vitro-presiune dispăre, lăsând în loc o colorație cu nuanță brună. Aceste pete prin confluență, produc formațiuni inelare ori ghirlandiforme sau placarde mai întinse policiclice, aceasta observându-se la nivelul coapselor, unde tegumentele au și o colorație mai închisă. Prin palpăre, la nivelul unora din aceste pete se simte niște noduli duri, hemisferici.

Pe față se observă niște pete difuze roz-violacee, pe care apar niște proeminențe sub forma unor noduli, duri, hemisferici, cu luciu caracteristic, cu o colorație care la vitro-presiune apare galbenă-brună cu tendința de a forma mici grupuri. Acești noduli sunt mai numeroși în regiunea frunții și în special în șanțul nazolabial, pe menton, ca și pe semi-mucoasa buzelor, mai rar pe pomete. Pe acest substrat se observă și numeroase teleangiectazii.

Din partea sistemului pilos-baceu și a glandelor sudoripare, vedem alterări importante; pielea este mai uscată, transpirația în axile redusă, iar perii sunt rarefiați ori lipsesc. Astfel perii din regiunea pubiană, dela nivelul sprâncenelor mai ales în jumătate externă sunt rarefiați, de asemenea pe antebrațe și membrele inferioare perii sunt mai rari, mai scurți, ori mai lungi și subțiați, la nivelul barbei și mustăților, perii lipsesc complet. Prin contrast cu aceste regiuni alopetice, la nivelul pielei păroase a capului, perii sunt foarte bine dezvoltati, groși și deși

Mucoasele prezintă de asemenea alterări și anume: La nivelul nasului o atrofie a mucoasei nasale. În cavitatea bucală pe limbă, câțiva noduli în partea mijlocie. Pe bolta palatului și palatul moale, noduli grupați, voluminoși, care dau mucoasei o culoare albicioasă și o suprafață neregulată.

Alterări din partea nervilor: în regiunea epitrocleeană stângă se simte o formațiune dură, lineară, de grosimea unui creon mai subțire ce se întinde în sus până la axilă; este nervul cubital îngroșat.

Tulburări de sensibilitate: Pe lângă o hipo- sau anestezie locală a petelor și tuberculelor, ceea ce se pune în evidență în mod simplu prin înțeparea cu acul, prin proba cu 2 eprubete, cu apă caldă și rece, constatăm un simptom asemănător ca în siringomielie, adică bolnavul nu poate distinge exact corpurile calde de cele reci, avem deci o disociație și perversiune a sensibilității.

Din cauza anesteziei, bolnavii suferă arsuri repetate, mai ales că ei sunt sensibili față de frig și atunci se reazimă de soba fierbinte fără să simtă. În urma acestor arsuri rămân cicatrici, așa după cum se observă și la bolnavul nostru pe antebrațul stâng, din cauza hipoesteziei din regiunea trunchiului cubitalului.

Din partea ganglionilor limfatici avem o scleradenită generalizată.

Din partea celorlalte sisteme și organe nimic deosebit.

Reacția Wassermann: Negativă.

Examenul bacteriologic: În frotiurile recoltate din mucoasa nazală și mai ales bucală, prin colorația Ziehl, s'au pus în evidență numeroși bacili Hansen. Aceștia seamănă cu bacilii Koch, se colorează roșu purpuriu, se prezintă ca niște bastonașe mici de lungimi inegale, având caracteristica de a se dispune în ghemuri.

Biopsia. Structura istologică se traduce printr-o reacție inflamatorie cronică. Epiderma este subțiată, papilele sunt dispărute. În dermul superficial găsim uneori noduli inflamatori limfo-conjunctivi, în timp ce în dermul profund această reacție inflamatorie este mult mai pronunțată, dând un infiltrat masiv cu celule limfo-istiocitare precum și celule lepromatoase în care s'au pus în evidență prin colorație specială bacilii leprei.

— Lepra este o boală cunoscută din cele mai vechi timpuri, în special în India, China, la vechii Greci ca și la alte popoare, sub diferite numiri.

În Europa s'a răspândit după Cruciade, fiind importată din Orient și este răspândită și acum în număr redus, în unele țări, ca Spania, Norvegia, Italia, țările Baltice, Peninsula Balcanică și Rusia.

Această boală, produsă de bacilul descoperit de norvegianul Armauer Hansen în 1873, este răspândită pe tot globul, la toate rasele, întâlnindu-se la toate vârstele. După statistica lui Rogers ar fi în lume 5—10 milioane leproși dintre care în Europa vreo 7000.

La noi în țară din punct de vedere al repartizării geografice avem 2 focare principale de infecțiune și anume, unul în regiunea deltei Dunării și altul în regiunea subcarpatică. În Ardeal lepra nu se întâlnește decât în cazuri sporadice și acestea având sursa de infecțiune tot în vechiul Regat. Colegul Dr. Modran Liviu vizitând acum câțiva ani leprozeria din Tichilești, găsește 154 bolnavi, majoritatea din cele 2 regiuni și cazuri disperate în județele limitrofe din Oltenia, Muntenia, Dobrogea și Basarabia și niciun caz în Transilvania, Moldova și Bucovina.

Referitor la Lepră, s'au făcut numeroase cercetări și totuși multe chestiuni au rămas neclarificate. Astfel *chestiunea culturilor de bacili* se pare că nu a reușit, ca și transmiterea la animale.

Hereditatea se pare că nu joacă rol, deoarece copiii leproșilor dacă sunt scoși din mediul infecțios rămân indemni. Astfel în Culion (insulele Filipine) unde se află cea mai mare leprozerie din lume, copiii sunt lăsați până la 6 luni, apoi sunt plasați într'un leagăn, unde stau 2 ani și cei care fac lepră sunt redați părinților, iar ceilalți sunt plasați într'o colonie de copii lângă Manilla unde sunt ținuti sub supraveghere. Victor Heiser a făcut aceeași constatare în leprozeria Molokai (insulele Havai) unde la câteva zile după naștere copiii sunt transferați în stabilimente speciale și crescuți până la vârsta de 21 ani. În decurs de 30 ani de când se aplică acest sistem, niciun copil nu a făcut lepră.

Mecanismul contagiunii leprei de asemenea nu este cunoscut. Din cauză că leproșii veniți în țările indiene nu dau loc la epidemii, de când cei care merg în regiuni leproase contractă lepra, face să se creadă că este necesară o gazdă intermediară, sau un parazit vector al contagiunii, după părerea lui Jeanselme, care nu există peste tot. În literatură sunt și cazuri de contagiune prin coabitare sau prin inocularea leprei care uneori ar fi reușit, deși s'au adus unele obiecțiuni.

Incubația este lungă, în medie 3—5 ani dar se poate prelunge 10—20 chiar 30 ani.

— Lepra se prezintă sub 2 forme obișnuite: tuberoasă și nervoasă sau asociate în formă mixtă și o formă rară, lepra tuberculoidă.

Lepra tuberoasă sau tuberculoasă, apare într'o perioadă inițială sub formă de pete sau lepride de obicei eritemato-pigmentare, caracterizate prin hipo- sau anestezia lor, care în general este de tipul termo-analgezic. În această perioadă poate surveni și pemfigusul lepros caracterizat prin bule localizate pe dosul mâinilor și picioarelor, pe coate și genunchi.

Tuberculi leproși sau lepromii se dezvoltă fie pe petele eritemato-pigmentare, fie în pielea sănătoasă și apar în puseuri însoțite uneori de ascensiuni termice. Se observă de asemenea lepromi hipodermici perceptibili la palpăre, sub formă de nodozități circumscrise sau sub formă de placarde infiltrate și mameelonate. Lepromii localizați la față dau acel aspect de *față leonină* cu fruntea mamelonată, întretăiată de șanțuri înguste și adânci, sprâncenele proeminente și glabre, nasul deformat, îngroșat și lărgit, obrații și bărbia lobulați. Toate aceste suprafețe sunt de culoare roșie brună.

Tuberculi se localizează și pe mucoase și organele simțurilor, mai ales la nivelul ochilor, de asemenea la nivelul viscerelor și aparatului genital (orchită, scleroza ovarelor).

Lepra nervoasă sau maculo-anestezică, sau trofo-neurotică, începe cu macule mari, simetrice, cu tulburări de pigmentație sau prin pemfigusul lepros, care poate duce la escare și mutilări. Se caracterizează prin tumefierea unor nervi, anestezie și tulburări trofice ale pielei, mușchilor și scheletului.

Anestezia ocupă mai ales cele 4 membre simetrice și progresează dela periferie la centru, fiind disociată ca și în siringomelie. De altfel după Zambacco siringomelia ar fi o lepră atipică.

Atrofia musculară atinge mai ales fața, care prezintă pielea și mușchii atrofiați, tenul palid și șters, imobilitatea trăsăturilor, lagoftalmie, dând un aspect straniu numit *față antonină*. Atrofia eminentală tenare, hipotenare și a interosoșilor dela mâini, dau aspectul de *grifă cubitală*.

În această formă întâlnim leziuni osoase și articulare, mai perforant, necroze, gangrene uscate, încât mâna și piciorul pot fi reduse la niște cionturi comparate cu piciorul de elefant (elefantiasis al grecilor). După o evoluție a boalei uneori peste 20 de ani, bolnavii ajung la moarte, prin cașecsie și boli intercurrente.

Forma mixtă în care cele 2 forme sunt asociate, este cea mai obișnuită, fie că apare așa dela început, fie în urma modificărilor în cursul evoluției.

Anatomo-patologic lepromii sunt constituiți dintr'un infiltrat intradermic, în jurul vaselor, nervilor și glandelor. Infiltratul este constituit din celule leproase (celule mari cu protoplasma clară, vacuolizată, câteodată polinucleate), celule conjunctive, limfocite, mastocite, plasmocite, uneori și celule gigante. În aceste infiltrate bacilii se găsesc extrem de abundanți, dispuși în grămezi sau fascicule.

Diagnosticul leprei se face pe baza simptomelor clinice și prin punerea în evidență a bacililor în secțiuni istologice sau frotiuri.

Combaterea se face prin declararea obligatorie și izolarea bolnavilor, după diferite legislații, la noi în leprozeria dela Tichilești, din jud. Tulcea, care a luat ființă în anul 1908.

Tratamentul se face cu vechiul medicament, oleul de Chaulmoogra, care se prescrie în emulsiuni sau capsule, sau în injecțiuni hipodermice. Sunt și preparate originale ca Antileprolul, compus din eterii etilici a-i acizilor grași hydnocarpic și chaulmoogric. S'a încercat cu unele rezultate bune și vaccinoterapia. În ultimul timp s'a aplicat și Rubrophēnul, sub formă de tablete și injecții. Tratamentul trebuie să fie foarte lung și vindecări definitive nu s'au obținut.

— În concluzie, cazurile de lepră sunt foarte rare în Ardeal, în afară de acest caz originar din Mehedinți am mai avut la Cluj unul originar din Gorj, așa că boala este relativ puțin întâlnită la noi.

Prin deplasările de oameni din vechiul Regat chemați la diferite unități militare din Ardeal, cum este și cazul nostru, vom fi puși poate mai des în fața acestor bolnavi de lepră, pe care ar trebui să-i depistăm cât mai de vreme pentru a-i scoate din mediul în care cohabitează.

Pentru acest motiv de ordin practic, am ținut în legătură cu acest caz să reamintim d-lor Colegi simptomatologia leprei și să insistăm asupra faptului, că diagnosticul leprei este destul de ușor, chiar în cazurile incipiente, cu o singură condiție: să ne gândim și la Lepră.

Profesor Dr. C. Tătaru, Dr. N. Păescu: Un caz de sifilide tubero-serpiginoase.

Bolnavul Șt. T. plugar, în prezent sub arme, în vârstă de 26 ani, necăsătorit, originar din com. Posești-Prahova, internat în Spitalul Militar Sibiu, în 7 II a. c.

Antecedente heredo-colat.: părinți și trei frați sănătoși.

Antecedente personale: neagă boli infecto-contagioase. În copilărie a suferit o combustie la nivelul membrului superior stg.

Istoric: În toamna anului 1938, a avut un șancru pe foița internă a prepuțului, pentru care a fost internat în Spitalul Militar din Cluj. Reacția Wassermann făcută la intrarea în spital a fost negativă. I s'a aplicat un tratament local prin cauterizări cu acid fenic conc. și diferite alifii, iar după 3 săptămâni a părăsit spitalul vindecat. De atunci și-a mai făcut analiza sângelui.

În Dec. 1941, a observat pe scrotul testicolului stg apariția unei leziuni mici, acoperită cu o crustă, care a început să se întindă șerpuitor.

La câteva zile a observat o leziune asemănătoare și pe foița externă a prepuțului. În decursul lunii Ianuarie 1942 leziunile sau extins tot șerpuitor și pe pielea scrotului drept, formând un fel de inele sau cercuri, dar fără a-i produce vreo jenă. Cu aceste simptome se internează în Spital.

Examenul obiectiv. Este un bolnav mijlociu dezvoltat cu țesutul celulo-adipos păstrat, cu tegumentele mai palide.

Localizat pe scrot în partea stângă a rafeului median prezintă o erupție orbiculară, de mărimea unei piese de 20 Lei, zona periferică lată de cca $1\frac{1}{2}$ cm având aspectul unei borduri cu margini bine delimitate, ușor festonate, ridicate din nivelul pielei, constituită din niște cruste galbene-brune, ușor detașabile. Sub aceste cruste, ne apar niște papule exulcerate, cu o infiltrație pronunțată la bază.

Aria circumscrișă de bordura periferică, ne apare mai depresionată, în centrul ei observându-se o cicatrice, cu pielea atrofică și ușor încrețibilă.

În partea dreaptă a rafeului, se observă pe pielea scrotului, două erupțiuni cu aceleași caractere, zona periferică constituind 2 cercuri în parte întrerupte și care se ating formând 2 arcade mari, încât împreună cu leziunea opusă, dau aspectul unei frunze de trifoi.

Pe foița externă a prepuțului aproape de marginea liberă, prezintă o erupție constituită dintr-o bordură îngustă ulcerocrustosă, cu aceleași caractere sub forma unui inel aproape complet, care circumscrie o arie cicatricială, cam de mărimea unei piese de un leu.

Pielea din restul corpului nu prezintă nimic deosebit, mucoasele vizibile sunt intacte.

Ganglionii limfatici prezintă o micropoli-adenie.

Din partea celorlalte sisteme și organe, nimic deosebit.

Reacția Wassermann: Pozitivă.

În cazul de față avem niște leziuni, care apar după o infecție sifilitică pe care bolnavul a suferit-o cu 3 ani înainte. Sunt

niște leziuni papuloase exulcerative acoperite, cu cruste cu tendința de a se extinde periferic și a lăsa central o cicatrice, leziuni serpiginoase care iau forme orbiculare ori cincinate, localizate numai pe scroii.

Histologic, s'au pus în evidență în aceste cazuri niște microgome, deci le putem numi sifilide tuberoase ori tuberculoase și după tendința lor de expansiune periferică șerpuitoare, sifilide tubero-serpiginoase.

Știm că de obicei leziunile sifilitice secundare sunt rezolutive, ele se vindecă fără cicatrice, pe când leziunile terțiare sunt destructive și au o tendință ulceroasă. Avem și în sifilisul secundar sifilide ulceroase care coexistă cu macule, papule, plăci mucoase, unde treponemii sunt foarte abundenți, în forma numită sifilis grav, întâlnită la indivizi slab nutriți, debili.

De asemenea în sifilisul malign precoce, care după Quereau formează o entitate morbidă aparte și unde toate leziunile sunt ulceroase și apar în puseuri succesive, aici treponemii negăsindu-se decât excepțional. Aceste ulceratii lasă cicatrice gofrate, uneori mutilante, pe lângă o stare generală rea, febră, cu slăbire până la cașechisie și moarte.

Sifilidele terțiare ulceroase, provin din topirea tuberculelor dermici ori gomelor și sunt în general cantonate, regionale, dispunându-se de obicei în placarde serpiginoase care circumscriu suprafețe cicatriciale, de aspect gofrat, cu colorații insulare, albe, violacee, ori brune.

Leziunile terțiare apar după o perioadă de liniște lungă.

Între manifestările secundare și terțiare, există o perioadă de trecere, o fază de tranziție, pe care Fournier o numește fază secundo-tertiară. Aceasta s'a observat mai bine în sifilisul african, ori asiatic la indigeni cu sifilis secundar netratat, că leziunile n'au tendința de vindecare cel mult ele se răresc, devin mai fixe și se acompaniază de o infiltrație celulară mai pronunțată, pentru că la scurt timp, chiar după câteva luni leziunile să piardă caracterele secundare și să se apropie de aspectul leziunilor terțiare!

Sifilidele secundo-tertiare sunt de obicei regionale și se localizează în general în regiuni expuse frecăturilor sau traumatismelor repetate.

Față de numeroasele manifestări cutanate sifilitice întâlnite la noi, aceste sifilide tubero-serpiginoase, mai ales cu localizarea lor pe scrot, se observă relativ rar, pentru care motiv am ținut să prezentăm acest caz și cu această ocazie să facem câteva considerații asupra acestor leziuni pe care le-am considerat ca sifilide secundo-tertiare.

Dr. O. Mihalescu și Dr. N. Păescu: Un caz de sifilide tubero-serpiginoase secundo-tertiare.

Se comunică un caz de sifilide tubero-serpiginoase la o femeie, în etate de 42 ani, la care, în antecedente găsim un avort dar neagă orice infecție sifilitică.

Acest caz este instructiv pentru că ne arată cât de discret poate să fie uneori un sifilis în evoluția lui, bolnavul nepăstrând nicio amintire despre primele perioade ale boalei.

În al doilea rând, tabloul clinic, din cauza dezvoltării considerabile a strâului scaumos, de pe pielea păroasă a capului și din cauza configurației leziunilor, putea să facă, la prima impresie, diagnosticul ezitant cu o psoriază și anume forma inelară, dar prezența infiltrațiilor nodulare și a cicatricelor precum și un R. W. intens pozitiv au pus ușor pe calea diagnosticului.

Dr. O. Mihalescu și G. Păcurariu: Un caz de tuberculide papulo-necrotice keratodermie palmo-plantară.

Se prezintă un caz de tuberculide papulo-necrotice, la o femeie în etate de 38 de ani, care suferă în același timp de o tbc fibrocăzuoasă bilaterală și cavităre dreaptă.

Cazul merită să fie menționat pentru că ne arată raportul strâns care poate să existe între aceste două afecțiuni. Pe de altă

parte mai prezintă ca particularitate localizarea unilaterală a leziunilor într-o afecțiune în care leziunile apar simetric dat fiind originea lor hematogenă.

Această boală mai prezintă o afecțiune rară la noi: Keratoderma palmo-plantară.

Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. O. Mihaescu, Dr. Păcescu: Un caz de Poikilodermie.

Se prezintă un caz de Poikilodermie la un băran în etate de 34 ani, plugar, la care afecțiunea datează de 15 ani. Leziunile sunt localizate numai la tegumente înfățișând tipul de P. cutanată pură, forma generalizată a lui Petges-Jacobi. Ele constau dintr'un amestec bizar de eritem teleangiectazic, pigmentație și atrofii care se confundă într-o rețea dând un desen pestriț, amintind în unele locuri, tabloul clinic al unei radiodermite tardive.

Cazul nostru, prezintă un interes numai prin raritatea afecțiunii.

Dr. P. Țârlea, Dr. A. Opreș: Acrodermatită atrofiată Pick-Herxheimer.

Se prezintă bolnavul S. G. de 66 ani, internat în Clinica Dermato-Venerică din 27 Ianuarie 1942, cu o dermatoză cronică, cu debut insidios și evoluție lentă, fără simptome subiective, care evoluează de 4 ani, interesând în mod simetric, extremitățile superioare și inferioare.

La examenul obiectiv, bolnavul mijlociu dezvoltat și nutrit, prezintă în mod simetric, pe dosul picioarelor, gambelor, coapselor, mâinilor și antebrățelor teritorii difuze roz-roșietice, atrofice, lucioase, transparente, care în jurul coadelor, genunchilor și în regiunile precubitale și pretibiale, iau o nuanță violacee-albăstrue, tegumentele fiind plisate, cu o descoamație lameloasă. Prin transparența tegumentelor uscate, se desenează întreaga arborizație vasculară și substratul osteo-tendinos subiacent. Pe fața posterioară a gambelor, tegumentele au o culoare gălbui-palidă și o consistență infiltrată, păstoasă. Pe dosul mâinii drepte, pe gamba stângă și genunchiul stâng, se observă câteva ulceratii atone. Bolnavul nu acuză fenomene subiective. Din punct de vedere organic intern, prezintă o tuberculoză pulmonară fibroasă dreaptă. R. W. = negativ, în urină niciun element patologic.

La examenul isto-patologic se constată următoarele: Epi-dermul atrof, rectiliniu. În derm teleangiectazii foarte marcate, care dau țesutului o aparență angiomatoasă. Țesutul elastic foarte redus, mai ales în straturile superficiale ale chorionului și dispus în trunchiuri scurte și groase.

Dermatoza descrisă de Herxheimer ca acrodermatită cronică atrofiată și de Pick ca eritromelie și numită azi de majoritatea autorilor: acrodermatită cronică atrofiată Pick-Herxheimer, este o afecțiune rară, cu etiologie necunoscută. Debutând prin placcarde eritemato-infiltrative, localizate pe părțile extensorice ale extremităților, în deosebi în dreptul eminențelor osoase ca: dosul picioarelor, al mâinilor, creasta pretibială, cubitală, coate și genunchi, după o evoluție eminent cronică, se instalează stadiul atrof, cu subțierea tuturor straturilor pielii și a țesuturilor subcutanate, dând aspectul patognomonic prin pielea roz-lividă, plisată, lucioasă, subțiată, transparentă, lăsând să se întrezărească întreg desenul vascular-venos și substratul osteo-tendinos. În același timp pielea are un caracter uscat, ușor rugos, lipsit de peri, prin dispariția completă a tuturor formațiunilor anexe pilo-glandulare.

Evoluând în mod nelimitat, putând da loc unor turburări trofice sub formă de ulceratii atone, afecțiunea aceasta interesează indivizii în vârstă înaintată 40—60 ani, puțin mai des femeile. Etio-patogenia neclară, arată oarecari indicii pentru predispoziții angio-neurotice, disendocrine, în deosebi glanda tiroidă, ovar, suprarenală. Mai nou se admite o turburare în metabolismul țesutului elastic, după Pautrier, având la bază turburări endocrin-simpatice.

Alterațiunile istologice debutează prin leziuni vasculare, infiltrate perivascularare și fragmentarea elastinei, pe lângă atrofia tuturor straturilor epidermice, a chorionului și a hipodermului.

Tratamentul ineficace, vizează turburările endocrine, prin opoterapie și administrarea locală de corpi grași și masaj.

Cazul l-am prezentat pentru raritatea lui, fiind o formă clasică de Acrodermatită cronică atrofiată Pick-Herxheimer.

Sedința din 24 Aprilie 1942.

Prezidează D-l Prof. Dr. GH. POPOVICIU.

Dr. Oct. Pop: În legătură cu 4 cazuri de invaginație intestinală la copii.

Se comunică observația alor 4 cazuri de invaginație intestinală la copii, observate și tratate în Clinica Infantilă.

Dr. Oct. Pop: Un caz de meningită cerebro-spinală epidemică.

Este vorba de un copil, care a prezentat o meningită cerebro-spinală epidemică și care a fost internat și tratat în Clinica Infantilă și la care tratamentul cu sulfamide a dat rezultat f. bun.

Prof. Dr. V. Papilian, Dr. Nana: Tratamentul cefaleelor post-rachi-anestezice prin anestezia nervului sub-occipital al lui Arnold.

(Apare ca articol în revistă).

D-l Prof. Papilian expune în prealabil modul cum a ajuns la aplicarea acestui tratament original cât și explicația mecanismului de acțiune al anestezicului întrebuințat care este aplicată în cantitate de 10 cc. novocaină tot 75%—1%.

Roagă pe d-nii colaboratori Dr. Nana, Dr. Russu și Dr. S. Păcurariu să expună pe rând rezultatele clinice obținute cu acest procedeu fiecare în specialitatea D-sale, pe numărul de cazuri tratate astfel.

Asfel D-l Dr. Nana expune rezultatele obținute în Clinica Chirurgicală pe 16 cazuri cu cefalee rebele obvenite după rachi-anestezie și unde aplicând acest procedeu terapeutic a obținut vindecarea absolută sau îndepărtarea durerii pentru o lungă durată de timp.

Prof. Dr. Papilian, Dr. Russu, Dr. Păcurariu: Tratamentul fenomenelor dureroase în glaucom prin anestezia nervului suboccipital al lui Arnold.

D-l Dr. Russu: expune rezultatele obținute în Clinica Oto-Rhino-Laringologică pe 10 cazuri de cefalee sau migrene, așazise esențiale, vitraliile la diferiți bolnavi operați sau nu și unde aplicând acest procedeu terapeutic a avut în toate cazurile rezultate multumitoare.

D-l Dr. Păcurariu: Prezintă 3 cazuri de glaucom și expune observația clinică a lor și rezultatele terapeutice fericite obținute în aceste 3 cazuri și în altele, cu procedeu de novocainizare al nervului suboccipital al lui Arnold.

Prof. Dr. Benetato, Dr. Sulica, Dr. Tudoraș: Influența șocului insulinic asupra metabolismului lipidelor și a substanțelor azotate din creier.

(Apare ca articol în revistă).

Prof. Dr. Gh. Popoviciu: Pericolul alimentar și combaterea lui (conferință).

Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Dr. Munteanu, Dr. Mihalca: Contribuțiunile la tratamentul dietetic al turburărilor de nutriție la copii.

Se expun principiile terapeutice dietetice în turburările de nutriție la copii, aplicate în Clinica Infantilă (Prof. Dr. Gh. Popoviciu).

Prof. Dr. Popoviciu, Dr. Pop, Dr. Dănilă: Variațiile regionale în cauzele mortalității infantile și măsurile de combatere.

(Apare în revistă ca articol).

Ședința din 8 Mai 1942.

Prezidează D-l Prof. Dr. CRISTEA GRIGORIU.

Conf. Dr. Popoviciu Tr. și Dr. Mosoigo (Deva): **Un caz de ruptură totală a uterului.**

Se expune observația clinică a unei gravide l IX-a, care a fost operată făcându-i-se o secțiune cesariană care a supurat după operație.

Prof. Dr. Iuliu Hațieganu și Dr. T. Spârchez: **Importanța diagnostică a puncției hepatice** (apare sub formă de articol orig. în revistă).

Prof. Dr. Hațieganu și Dr. Fodor: **Sîndromul ipoglicemic în trichinoză.**

(Apare sub formă de articol în revistă).

Dr. A. Moga și Dr. Păcurariu: **Aortită sifilitică și tulburări oculare grave consecutive.**

I. Philipovicz: **Un caz de embolie a arterei brahiale vindecat prin Eupaverin.**

Bolnavul în vîrsta de 70 ani a petrecut o viață foarte agitată, cu excese în băuturi alcoolice, viață sexuală și nicotină. Totuși s'a conservat extraordinar de bine. Tensiunea arterială 16

De 2 ani suferă de o eczemă umedă generalizată extrem de rebelă, care recidivează după anotimp și care poate sta în legătură cu o piurie cauzată de un mare concrement renal de partea stîngă. Eczema e refractară tuturor tratamentelor și bolnavul slăbește mult prin nopțile fără somn și mîncărimea insuportabilă.

Aflându-se tocmai în tratamentul spitalicesc în timpul unei astfel de perioade de eczemă, într-o dimineață îl trezește din somnul lui scurt o durere foarte intensă care s'a ivit în mod subit în brațul stîng. Găsesc un bolnav vătîndu-se de durere; antebrațul stîng și în deosebi degetele sunt foarte palide, pulsul lipsește în artera radială, mîna e rece și anestezică, vîrfurile degetelor palide-albăstrui. Durerea se întinde pînă mai sus de cot, cam pînă la mijlocul brazei bicipitale. Temperatura 38,2. Pulsul 112. E evident că este vorba de o embolie a arterei brahiale. Bolnavului i se aplică imediat o fiolă de Eupaverin pe calea intravenoasă, a doua intramusculară. După 14 minute durerea încetează deodată complet, degetele se încălzesc și se colorează normal. Tot accidentul trece fără nicio urmă.

Dr. G. Zglimbea, Dr. Neamțu Ilie, Dr. Surianu Traian: **Un caz de eritem anular centrifug Darrier.**

În ziua de 16 Martie 1940, se prezintă la consultațiile Ambulanței Dermato-venerice dela Casa Asigurărilor Sociale din Cluj, bolnava B. E. în vîrstă de 21 ani, casnică.

Antecedentele heredo-colaterale și personale fără importanță. Menstruația la 13 ani, se repetă regulat avînd durată o săptămână. Ne consultă pentru o leziune cutanată solitară, localizată pe gamba stîngă. Turburările subiective pe care le acuză, sunt ușoare dureri remarcate în special în legătură cu un surmenaj fizic sau chiar simple plimbări, când bolnava observă și o ușoară tumefiere a piciorului.

La un examen general al bolnavei constatăm o constituție și un habitus normal. Tesuturile celulo-adipos și muscular bine conservate. De asemenea nu găsim nimic deosebit din partea sistemului ganglionar, articular, sau din partea sistemului nervos. Examenul tegumentelor în întregime nu ne arată nicio altă leziune afară de aceea pe care o vom descrie.

Boala actuală a debutat în Noemvrie 1939 cu o roșeață cu caracter inflamator, localizată la nivelul treimeii inferioare și externe a gămbei stîngi de mărimea unei monede, când se prezintă la consultație pentru ușoare tulburări subiective la nivelul leziunii descrise și mai mult din motive estetice.

Diagnosticul pe care îl stabilim în Noemvrie 1939, la examenul leziunii cutanate, este de un *eritem* și în plus un *eritem simplu*, necomplicat, adică un eritem ce evoluiască fără alte leziuni.

Caracterul morfologic al acestui eritem ne dă dreptul să-l încadrăm în grupul eritemelor în plăci. N'am fost în situația plăcută să stabilim cu această ocazie diagnosticul acestui eritem. Cu foarte multă rezervă l-am considerat de un eritem de cauză externă (toxicodermie).

Bolnava revine în ziua de 16 Martie 1940, mai neliniștită de motivul că roșeața a luat o extindere mai mare. Examinată fiind din nou, de astădată ne găsim în fața unui tablou dermatologic, cu totul diferit de cel dela prima noastră întâlnire.

Leziunea cutanată constă acum dintr'un placard cu două zone distincte: o zonă scvamoasă centrală ce tradează un proces inflamator în regresie și o zonă periferică constituită dintr'un eritem asociat cu un edem intradermic, deci un eritem complicat, deformat. Ne frapază configurațiunea net anulară, cu regresie centrală și extindere periferică. Leziunea, la această dată măsoară aproximativ 15 cm diametru; deci într'un interval aproximativ 4 luni, leziunea a luat o întindere considerabilă. Zona periferică lată circa de un centimetru, este net delimitată înafără adică dinspre tegumentele sănătoase, iar înspre interior ea se pierde în zona centrală scvamoasă și ușor pigmentată. Această zonă periferică prezintă o colorațiune roșu-violaceu, lividă, care tranșează net față de tegumentele sănătoase înconjurătoare, precum se deosebește destul de net de zona centrală. Zona centrală se deosebește de tegumentele sănătoase doar printr'o ușoară escvamație și pigmentație discretă.

Această leziune avînd o evoluție cu alură cronică, o încadrăm de data aceasta în grupul eritemelor cronice sau persistente. Configurația anulară care se evidențiază clar și în fotografia cazului pe care îl prezentăm, face să cadă din discuția diagnosticului diferențial, grupa mare a eritemelor persistente plane și să rămînem pe lângă erimele anulare centrifuge.

O asemenea configurație și evoluție prelungită ar putea prezenta unele epidermomicoze ca: tricoftizia și favusul pielii glabre, eritrasma, epidermofitiiza inghinală sau eczema marginată a lui Hebra. În aceste cazuri însă procesul este mai superficial, reacțiunea este mai mult din partea epidermului, zona marginală este o zonă eritemato-veziculoasă, pe când în cazul nostru reacțiunea era din partea dermului, eritem u ticit (eritem și edem intradermic) care la palpare ne dădea senzația unui cordon dur.

În diagnosticul diferențial al cazului nostru mai intră: erizipelul cronic și erizipeloidul, erimele circinate sifilitice, eritemul exudativ multiform.

În caz de erizipel cronic și erizipeloid avem de-aface cu erimele infecțioase la cari în prima perioadă a evoluției lor, placardul eritematos este însoțit de un edem inflamator; fenomenele subiective sunt accentuate, însoțite de fenomene infecțioase generale, fenomene pe care bolnava noastră nu le prezenta.

Eritemul circinat sifilitic (eritemul sifilitic terțiar sau rozeola recidivantă) nu este niciodată migrator, nu prezintă evoluție centrifugă caracteristică, iar celelalte simptome precum și reacția Bordet-Wassermann ne ajută la elucidarea diagnosticului. În cazul nostru n'am găsit nici un simptom care ne-ar fi putut face să suspectăm un lues, de asemenea reacția Bordet-Wassermann era negativă.

Eritemul exudativ multiform, forma eritemato-papuloasă prin ștergerea zonei centrale și extensiunea periferică încă poate da un eritem anular. În asemenea cazuri localizarea caracteristică pentru eritemul polimorf și faptul că găsim mai multe leziuni ne vor ajuta la stabilirea diagnosticului.

Din considerațiunile expuse mai sus diagnosticul pe care l-am stabilit, a fost un diagnostic prin excludere. Noi ne-am fixat asupra diagnosticului de eritem anular centrifug al lui Darrier.

Aceasta afecțiune se întâlnește destul de rar.

Din punct de vedere etiologic după părerea unor autori ar fi vorba mai mult de un sindrom decât de o entitate morbidă

bine definită, cu o etiologie variată, încă foarte puțin elucidată, așa că noi nu vom intra în enumerarea și aprofundarea teoriilor care încearcă să clarifice etiologia și patogenia acestei afecțiuni.

Sedința din 22 Mai 1942.

Prezidează D-l Prof. Dr. BUZOIANU.

Dr. O. Pop și Dr. E. Bologa: Un caz de polipoză rectală.

Prof. Dr. Hațieganu: Prezentări de hepatograme.

(Apare sub formă de articol în revistă).

Prof. Dr. Pop și Dr. Prăgoiu: Artroplastie coxo-femorală după luxație coxo-femorală.

Prof. Dr. Manta și S. Trăgor: Ferul seric în anemii.

Prof. Buzoianu, Păcuraru, Iubu: Nevrită optică retrobulbară vindecată prin trepanare sfeno-etmoidală.

Încă dela Cluj nevrita optică retrobulbară a fost tratată în cadrul colaborării dintre clinica oftalmologică (Prof. Mihail) și clinica oto-rino-laringologică. Am obținut în Cluj rezultate demne a fi semnalate în această teribilă afecțiune a nevritei optice retrobulbare care duce obișnuit la orbire, dacă nu se suprimă cauza nevritei sau dacă nu se poate suprima această cauză. Rezultatele noastre au fost publicate atât la Paris cât și la Viena. Am avut acolo 7 bolnavi cu 9 nevrite cu rezultate perfecte, în cele mai multe cazuri miraculoase, deoarece vederea la câteva din ele a început a apare la câteva ore după intervenție. Numai în unul singur rezultatul a fost negativ.

Nevritele optice retrobulbare nu vin la rinologist din proprie inițiativă. Bolnavii se adresează totdeauna oftalmologului. Acesta are și competența și datoria să elimine toate celelalte cauzalități posibile ale nevritelor optice și să apeleze la tratamentul rinologic. Acest lucru cu atât mai mult cu cât observațiile publicate până în prezent asupra acestui subiect de diferiți autori au informat în deajuns pe oculist asupra rostului intervențiilor intranasale în nevritele optice sinusale sau în acelea în care etiologia este încă necunoscută.

Cazul pe care-l prezentăm l-am întâlnit și tratat în Sibiul prezentului nostru popas istoric. Este interesant de amintit că aparține unei bolnave care a fost trepanată de noi în 1939 iunie pentru nevrită optică retrobulbară dreaptă la Cluj. Vindecată acolo în zece zile după intervenție. Aici ne-a fost îndreptată de d-l Păcuraru pentru nevrită optică în stânga. Vindecarea este aproape totală însă a survenit ceva mai dificil decât în dreapta. Oricum bolnava avea vederea complet abolită. Astăzi vede aproape tot așa de bine ca și cu ochiul opus.

I s'a executat o trepanare sfeno-etmoidală stângă la opt zile dela pierderea totală a vederii ochiului respectiv. Primele raze luminoase au apărut a treia zi dela intervenție.

Operația a consistat în trepanarea sinusului sfenoidal și etmoidal posterior stâng. Această trepanare s'a executat cu oarecare dificultate din cauza anomaliilor celulelor etmoidale posterioare interpușe în fața sinusului sfenoid. Ajutați de reperajul radiografic operația și-a îndeplinit scopul, adică deschiderea cavităților retro-nasale sinusale care au contact de vecinătate important cu canalul și nervul optic. Trepanarea sfeno-etmoidală care obișnuit este simplă poate fi deci ca în cazul de față dificilă de executat.

Partea importantă a comunicării noastre consistă însă a demonstra încăodată cum putem obține rezultate totale în afecțiuni al căror prognostic este întunecat, prin ajutorul trepanării sinusurilor posterioare. Nu este locul să intrăm în discuția mecanismului de vindecare. Observațiile clinice sunt deasupra oricărei îndoieli. În unele nevrite optice retro-bulbare care amenință cu atrofia nervului și deci cu o pierdere definitivă a vederii, deschiderea sinusurilor posterioare chiar normale poate aduce o vindecare care ține de un adevărat miracol. Cei mai mulți autori

susțin că este vorba de o inflamație microscopică a mucoasei sfeno-etmoidale care se transmite la nervul optic.

Trepanarea sfeno-etmoidală în nevritele optice poate fi considerată în unele cazuri ca o adevărată minune a științei noastre medicale prin rezultatele pe care le poate produce. Amintesc că această intervenție a putut da rezultate chiar în nevritele optice sifilitice care întârziu să se vindece sub influența izolată a tratamentului specific chimioterapic. Este o noțiune de altfel pe care oculiștii o cunosc astăzi.

Alături de tratamentul meningitelor otice și alături de tratamentul cancerului laringean efectuat în faza operabilă, trepanarea sfeno-etmoidală în nevritele optice alcătuiește triada celei mai eroice și celei mai de triumf acțiuni ale oto-rino-laringologiei. Aceasta fiindcă în fiecare din aceste afecțiuni menționate sau readece cu adevărat la viață un om expus unei pieiri sigure dacă nu-l operăm, sau redă vederea ceea ce este sinonim cu a reda propriu zis viața.

Bolnava care face obiectul acestei comunicări se numește Opriș Rafila de 29 ani, din comuna Gârbova județul Sibiu.

Dr. P. Țârlea, Dr. N. Păcescu: Considerațiuni asupra etio-patogeniei pitiriaziei rubre pilare, în legătură cu o observație recentă.

B. R. de 24 ani, croitor, căsătorit din Sibiu, se prezintă la consultațiile Clinicii Dermato-Venerice din Cluj la Sibiu, la 19 Mai 1942 pentru o dermatoză generalizată, care datează de un an, debutând la nivelul coatelor și genunchilor prin leziuni scvamatoase, apoi pe palme și plante, prin îngroșarea considerabilă a tegumentelor, iar pe trunchi prin formațiuni peri-foliculare cornoase, pruriginoase. În familie nimeni nu suferă de asemenea afecțiune, sau de altele, cu caracter ereditar-familial. În antecedentele personale, în afară de o febră tifoidă la 7 ani, nimic important.

La examenul obiectiv: bolnavul bine dezvoltat și nutrit, prezintă o afecțiune cutanată generalizată și simetrică, tabloul clinic fiind predominat de două aspecte: pe de o parte teritorii întinse, cu conture neregulate, acoperind umerii, spatule, flancurile, jurul, centurii, regiunile fesiere, fețele extensorice ale extremităților superioare și inferioare, la nivelul căroră, tegumentele sunt roșii-brune, în roșate, acoperite cu scvame surii, lameloase, aderente, seci; pe de altă parte atât la periferia acestor placarde, cât și pe tegumentele sănătoase dintre ele, se prezintă un număr mare de erupțiuni papulo-scvamo-cornoase izolate, punctiforme, surii-gălbui, cu un eritem discret la bază, care le dă o colorație roz-gălbui caracteristică. Sediul lor este strict perifolicular, având suprafața conică și reprezentând niște dopuri cornoase, care umplu infundibulul osteo-folicular dilatat, producând atrofia perilor. Aceste formațiuni, la trecerea cu palma deasupra lor, dau senzația de piele rugoasă, sau de pilă. În afară de aceste manifestări cutanate, mai găsim și altele, modificate prin substratul anatomic regional, expresiunea aceluiași proces inflamator și hiperkeratotic. Astfel pe pielea păroasă a capului, o descvamație furfuracee, sub aspectul pitiriaziei albe. Pe față, tegumente roșii-întinse, sensibile. Pe palme și plante o îngroșare considerabilă, difuză, cu hiperkeratoză, ce depășește limitele regiunilor descrise. La nivelul dosului primelor falange ale mâinilor, puncte negre, cornoase, perifoliculare, grupate. Unghiile suferă și ele, procesul de cornificare al lamei unghiilor fiind perturbat, care clinic se traduce prin striări longitudinale, marginea liberă neregulată, friabilă și printr-o hiperkeratoză subungueală. Afecțiunea este pruriginoasă, dând și senzația de tensiune a tegumentelor.

Din punct de vedere organic ori umoral, nimic patologic. Structura isto-patologică a leziunilor arată o hiperkeratoză și o granuloză circumscripă la nivelul infundibulului osteo-folicular, atrofia corpului mucos Malpighian și o congestie, cu infiltrație difuză a stratului papilar.

Afecțiunea aceasta, izolată din grupa psoriazei de către Devergie la 1857 și descrisă apoi de Besnier, sub denumirea de pityriază rubră pilară, iar de Școala Vineză în frunte cu Hebra și Kaposi ca lichen ruber acuminatus, a fost identificată de Congresul din Paris, la 1889. Mai frecventă la bărbați, ea poate apărea la orice vârstă, fiind o dermatoză rară. În ultimii zece ani la Clinica Dermato-venerică din Cluj, s'au înregistrat 7 cazuri, acesta fiind al optulea și singurul, dela refugiu încoace. Cazurile noastre se repartizează astfel: 5 bărbați și 3 femei, între vârsta de 13—63 ani. Etio-patogenia nu este pe deplin clarificată. Milian și Gougerot susțin natura tuberculoasă, iar Pautrier o clasează printre dermatozele, al căror raport cu tuberculoza deși există uneori, totuși este discutabil. Printre observațiile noastre, un evreu de 23 ani, care pe lângă antecedentele familiare bacilare (având doi frați cu tbc. pulmonară), mai prezenta un complex primar calcificat și un Pott dorso-lombar, cu R. Pirquet intens pozitivă, confirmă teza lui Milian. În două cazuri de turburări endocrine: un băiat de 13 ani, cu o ușoară distrofie adipozo-genitală și o femeie de 63 ani, cu turburări climaterice, opoterapia aplicată cu rezultate bune, a confirmat etiologia endocrină susținută de Levin. Apoi o bolnavă de 40 ani, reacționând bine la tratamentul cu vitamina A, ne îndreptățește să luăm în considerare ca factor etiologic și stările hipovitaminozice. În cazul de față, n'am putut depista vreun moment etiologic evident.

V'am prezentat cazul acesta, pentru raritatea pityriazei rubre pilare, acesta deși fiind un caz clasic, totuși fenomenele inflamatorii reprezentate prin placardele eritemato-scvamoase, la un examen superficial, ar putea da loc la confuzii cu alte dermatoze din grupa afecțiunilor eritemato-scvamoase, în primul rând cu psoriaza,

mai cu seamă că debutul boalei în cazul nostru s'a făcut la nivelul coatelor și genunchilor.

Dr. I. Petrescu: Reflexiuni asupra tratamentului plăgilor de războiu:

Autorul aplicând tratamentul pe care îl preconizează în două spitale de Z. I., ajunge la următoarele concluziuni:

1. *Pansterină* — produs românesc — este mult mai inofensiv decât benzina, nu produce combustii și poate fi folosită de un personal sanitar mai puțin educat.

2. Praful de acid boric se poate aplica cu mare eficacitate în plăgile musculare intense și care au tendințe de hipergranulație, favorizează desvoltarea țesutului normal și distruge țesutul alterat; din acest punct de vedere e de preferat creionajului cu nitrat de argint. Plăgile se vindecă mult mai rapid și mult mai estetic. De asemenea poate fi folosit de un personal sanitar cu mai puține cunoștințe medicale. Emolientele — oleu de parafină este necesar unei cicatrizări suple.

3. Autorul relatează un caz de colită cronică — care prin tratamentul cu foliculină și vogan aplicat de Domnia Sa s'a vindecat în câteva zile.

Autorul recomandă ca în tratamentul plăgilor de războiu sau a accidentațiilor să fie introdus, pe lângă profilaxia antiinfecțioasă cu sulfamide care se face în alte armate, dar și o terapie vitamino-hormonală (foliculina și vitamina A).

Prof. Dr. Gh. Popoviciu și Dr. Pop: **Meningita sifilitică la o copilă de 6 luni.**

Prof. Dr. Popoviciu, Dr. Munteanu și Dr. Pop: **Un caz de pileflebită la un copil de 14 ani.**

Revista revistelor

INTERNE

Cercetări asupra acțiunii percutane a histaminei. (Untersuchungen zur perkutanen Wirkung des Histamins) de H. Kalk. Kl. Wschr. 1942, Nr. 17, pag. 387—88.

Se demonstrează în cercetări făcute pe om, că badijonarea pielii cu 2 gr alifie de histamină 2% permite pătrunderea în organism a unei astfel de cantități de histamină, care produce o excitare pronunțată a secreției gastrice și o scădere a tensiunii arteriale.

Intrebuințarea vitaminei K pentru examinarea funcției hepatice. (Die Verwendung von Vitamin K zur Prüfung der Leberfunktion) de I. Armentano și F. Géher. Kl. Wschr. Nr. 19/1942, pag. 425—429.

Proba vitaminei K recomandată de către Koller în mod practic, s'a dovedit importantă pentru funcțiunea hepatică nu numai din punct de vedere diagnostic, ci și prognostic.

În icterul mecanic după administrarea de vitamina K în majoritatea cazurilor deja după 24 de ore curba protrombinei revine la normal. Există cazuri izolate, unde valoarea normală revine numai după 3 zile. În ictere hepatocelulare valoarea normală revine numai după trecerea bolii.

Dacă curba protrombinei nu revine la normal după o serie de 3 injecții cu vitamina K (fiecare de 30 mgr), atunci aceasta pledează pentru un icter hepatocelular grav. Aceeași comportare o arată și diferitele ciroze.

În obstrucția parțială a coledocului curba protrombinei nu are o valoare totdeauna scăzută.

În cazuri de decompensării cardiace cu hepatomegalii importante la fel se constată valori joase de protrombină, care revin

la normal în mod spontan în stadiu de compensație. Dacă în stadiu de compensație aceste valori nu revin la normal nici după administrare de vitamină K, atunci este vorba de o ciroză cardiacă incipientă.

Date importante se obțin numai prin determinarea curbei protrombinei. Valori de protrombină sub 20% nu sunt acompaniate totdeauna de hemoragii spontane.

Este de subliniat mai ales importanța prognostică a probei cu vitamina K în afecțiunile hepatice. În toate cazurile unde protrombina a fost normală, sau ea a fost ușor influențată prin administrare de vitamină K, s'au obținut vindecări.

Patogenia anemiei hipochrome după rezecția de stomac. (La pathogénie de l'anémie hypochrome apres résection d'estomac) de G. Hemmeler. Schw. Med. Wschr. Nr. 25/1942, pag. 670—672.

Autorul examinează cu ajutorul curbei de resorbție a ferului diferiți factori, care pot fi făcuți responsabili de apariția unei anemii după rezecție de stomac. Din aceste cercetări rezultă, că anaciditatea sau ipoaciditatea sucului gastric diminuează ionizarea ferului alimentar, ionizare indispensabilă resorbției ferului. Transitul gastric accelerat al bolului alimentar la fel joacă un rol, ferul, chiar în prezența acidului clorhidric, neavând timp să fie ionizat. Faptul că alimentele nu trec prin duoden, locul obișnuit al resorbției ferului, nu joacă un rol în patogenia anemiei după rezecția de stomac. De fapt, ferul ionizat poate fi la fel rezorbit de subțitul duodenului. Aparițiunea unei anemii hipochrome după rezecția de stomac poate fi evitată dacă se iau precauțiunile necesare.

I. G.

Dolantin, un medicament nou cu acțiune spasmolitică și analgetică pronunțată (Chimie și Farmacologie). Colicile precum și stările dureroase (Farmacologie). C. Eisleib și C. Schaumann, Labor. de cercetări științifice I. G. Hoechst, Dtsch. med. Wschr. 1939, Nr. 24, pag. 967.

În experiențele farmacologice, *Dolantin* prezintă o acțiune pronunțată analgetică și spasmolitică. Asupra intestinului izolat, *Dolantin* acționează chiar și într-o diluție de 1 : 5.000.000 nivelând contracțiunile provenite de acetyl-cholină. Acțiunea inhibitoare asupra pneumogosticului, poate fi controlată la intestinul „in situ”. Hipersalivația produsă de iepurii de casă uretanizați după aplicarea de 10 mg Pilocarpină, poate fi redusă în urma unei aplicări de 20 mg *Dolantin*, fără a putea însă opri definitiv hipersalivația. Chiar și midriaza produsă de *Dolantin* este mai slabă decât după aplicarea atropinei. De asemenea *Dolantin* nu acționează aproape de loc asupra pulsului și a tensiunii sanguine. În schimb, acțiunea spasmolitică a *Dolantin*-ului este caracteristică, chiar și la spasmele musculare (provocate cu Ba Cl₂); efectul egalează pe cel al Papaverinei. Spasmele bronchiale produse în urma aplicării histaminei, pot fi de asemenea reduse cu ajutorul *Dolantin*-ului. Doze profilactice de *Dolantin* împiedică accesele de asthmahistaminic, la cobai. Acțiunea inhibitoare asupra diurezei în urma aplicării de Suprarenină, poate fi anulată cu ajutorul *Dolantin*-ului. La șoarecii albi, injecția subcutană de 1/5 din doza letală, produce o anestezie perfectă, fără ca să apară fenomene narcotice centrale.

Animalele prezintă un fenomen caracteristic pentru morfină: coada, îndoită în formă de „S” adusă asupra spatelui. Această acțiune centrală poate fi evidențiată și la pisici. Reflexul tusei poate fi oprit la pisică, la fel ca și în urma aplicării codeinei. La șoareci 150 mg pentru un kg aplicate subcutan, precum și 60 mg pentru un kg administrate intravenos, acționează letal, în timp ce la iepurii de casă doza letală la aplicarea intravenoasă este de 30 mg pentru un kg, iar la aplicarea pe cale bucală de 700 mg pentru un kg.

Aplicarea timp de câteva săptămâni de câte 3–5 mg pentru un kg (subcutan), nu produce niciun fel de modificări asupra pisicilor și iepurilor de casă. Aplicările continuative de câte 1 mg pentru un kg administrate în decurs de un minut, sunt descôm-puse, în timp ce aplicările de câte 1,5 mg pentru un kg și minut, acționează la fel chiar după câteva ore. Electrocardiograma nu prezintă nicio schimbare. Din examinările farmacologice reiese că, *Dolantin* posedă proprietățile spasmolitice ale Atropinei și Papaverinei, combinate cu acțiunea analgetică a combinațiilor de morfină.

Rezultatele clinice obținute cu un analgetic și spasmolitic, preparat pe cale sintetică. N. Dietrich, Spit. Luther, Berlin-Grünwald.

Dietrich aplică *Dolantin*, caracterizat prin acțiunea sa analgetică și spasmolitică, la 150 bolnavi, dintre care 85 cu colici renale și hepatice. Aplicarea lentă de 100 mg *Dolantin* intravenos unui bărbat cu o colică renală gravă, duce la o analgezie completă asociată cu o amețală ușoară. Acțiunea medicamentului durează patru ore. De asemenea și în cazul unei colici hepatice, aplicarea aceleiași cantități, duce la o analgezie perfectă pe o durată de 3/2 ore; un adaus de 2 cmc aplicați intramuscular, ajunge pentru o noapte întreagă. Singurul inconvenient în urma acestei aplicațiuni, constă într-o senzație de uscăciune în gură, la fel ca și în urma aplicării atropinei. La o femeie cu un calcul al coledocului, s'a obținut o analgezie după administrări intramusculare de 2 ori câte 2 cmc zilnic. Înafară de o amețală ușoară, nu au fost observate alte fenomene secundare.

La aplicarea intramusculară, efectul apare după 10–15 minute, pe când la injecțiile intravenoase, analgezia începe încă în timpul injectării. În ceea ce privește pulsul și tensiunea sanguină (întocmai ca și la atropină), nu se observă decât schimbări fără

importanță. Într'un caz de amețală și vomismente, reducerea cantității de *Dolantin* până la 100 mg = 2 cmc, cu o viteză de injecție de 2 minute (intravenos) — face ca aceste fenomene accesorii să dispară definitiv. Chiar și în cazurile de staze retrograde, aplicarea intravenoasă de câte 2 cmc *Dolantin* înlătură durerile. *Dolantin* poate fi aplicat atât pe cale bucală cât și rectal. În cazurile de sciatică, neurită a plexului brachial, migrene și cefalee provenite în urma hipertoniiei, *Dolantin* produce o analgezie perfectă. Astfel un bolnav de sciatică cu dureri insuportabile, de asemenea și unul cu migrenă, au fost tratați cu succes prin aplicări de câte 2 x 2 pastile zilnic. Acțiunea *Dolantin*-ului se manifestă aproape imediat (durata 3–4 ore), în timp ce morfina acționează abia după jumătate de oră și chiar după injecțiile intravenoase cu Novalgină, analgezia apare abia după 10 minute. Toxicomanie precum și obișnuință în urma unui tratament mai îndelungat cu *Dolantin* nu au fost semnalate până în prezent.

*

INFECȚIOASE

Cercetări clinice cu Thiazomide în tratamentul blenoragiei, de medic maior Dr. Negreanu Alexandru și medic maior Dr. Radu D. Constantinescu. (Spitalul Militar „Regina Elisabeta”, Serviciul de boli venerice, București, 1942).

Autorii au făcut o serie de cercetări clinice asupra preparatului sulfamidat Thiazomide al casei SPECIA. Din aceste cercetări ajung la următoarele concluziuni:

Preparatul sulfamidat Thiazomide-Specia este un produs mult superior celorlalte preparate similare, întrebuintate până în prezent în tratamentul blenoragiei, el prezintă următoarele calități și avantaje:

1. Se administrează exclusiv per os fără îngrijiri locale.
2. Este mult mai puțin toxic decât toate celelalte sulfamide, putând fi întrebuintat în doze de 8–10 gr pe zi, fiind perfect tolerat. Tratamentul poate fi prelungit la nevoie fără să se observe accidente.
3. Are o acțiune foarte rapidă asupra gonococului, scurtând durata tratamentului la 24 ore.
4. Are acțiune preventivă și curativă asupra complicațiilor.
5. Din 28 bolnavi tratați cu Thiazomide s'au înregistrat 28 vindecări.

Observațiuni clinice în epidemia de dizenterie. (Klinische Beobachtungen bei Ruhrepidemien), de Prof. Dr. Goette. (Freiburg) Therapie der Gegenwart, 1942, Nr. 5, pag. 169–173.

Foarte important este diagnosticul precoce, transportul și internarea într'un lazaret. Să nu se aștepte până se obține un rezultat bacteriologic pozitiv. Mai mulți bolnavi cu diaree sangvinolente și tenesme constituiesc o epidemie de dizenterie. În lazaret: paturi calde, cameră caldă, invelisuri calde pe abdomen, îngrijire bună individuală, repaus, combaterea muștelor, dietă severă: ceaiuri, supe; — mai târziu Zwieback, atâta vreme cât persistă diareele, adesea timp de 10 zile. În cazuri grave precoce ser monovalent. Infuziuni și transfuziuni, mai bine dela aceeași grupă sangvină. A nu se administra opiu, pentru că astfel se prelungeste boala și se favorizează complicațiile. Dacă a fost necesar opiu pentru transport, atunci se va purga cu ricină. Pare a fi bun profilactic bacteriofag. Asupra valorii vaccinărilor antidizenterice nu se poate spune nimic pozitiv. Vaccinarea pare a predispuce la un tablou clinic grav în cazurile infectate ușor și expuse la infecție.

Cercetări experimentale asupra influenței subalimentației, respective a lipsei în vitamină C asupra evoluției infecțiunii dizenterice. (Tierexperimentelle Untersuchungen über den Einfluss von Unterernährung bzw. Vitamin C-Mangel auf den Ablauf von Ruhrinfektionen), de W. Dötzer, i. A. Schuller. Kl. Wschr. 1942, Nr. 18, pag. 405–407.

Tratamentul **șancerului moale**
și complicațiilor sale:

prin injecțiuni intramusculare cu

VACCIN ANTISTREPTOBACILAR

„NICOLAU — BANCIU“

din surse polivalente de Baeili Duereg

Vaccinul antistreptobacilar

Este foarte bine tolerat. Nu dă șoc nici febră, permițând tratamentul ambulatoriu.

Prezentarea: Cutii cu 6 fiole à 2 cmc.

Adoptat de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale

Se poate procura la toate Farmaciile din țară

Pentru literatură și eșantioane Domnii Medici se vor adresa

LABORATORULUI „Dr. A. BANCIU“ — București, Strada Regală Nr. 10
Telefon 5.84.29

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecțioasă, la copii și adulți nu este decât:

„LACTOFERMENT Dr. ROBIN“

35 ani de existență (1907-1942)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenților microbieni patogeni. — **Indicat în:** enterite acute și cronice la copii și adulți, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză, urticarie, colibaciloză, etc.

DOZE: Copiii până la 3 ani o linguriță la oră.
Copiii de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor. Adulți 3—4 linguri înaintea meselor.

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „Dr. A. BANCIU“

Reprezentanța BUCUREȘTI, Strada Regală Nr. 10, Etaj. — Telefon 5.84.29

MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subțire)
pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni

ale

Căilor urinare

*

Absolut netoxic

Foarte economic

(durată scurtă de tratament)



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

în camere pt. două persoane dela RM 9

în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmeler**

Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnhof Seebrugg (Deutschland)

O subalimentație (foamie) ca și lipsa vitaminei C scad rezistența cobailor față de infecțiunile artificiale atât cu Flexner-Y ca și cu Kruse-Sonne. Administrarea de cantități mari de vitamină C măresc puterea de rezistență a animalelor. O alimentație cantitativ și calitativ superioară apără mai bine animalele contra infecțiunii dizenterice. Administrare de cantități mari de vitamină C la animale cu alimentație mai bogată, măresc puterea de rezistență a acestora în așa fel, că nici infecțiunile cele mai grave nu produc moartea, sau numai târziu. Aceste rezultate experimentale pe animale ca și observațiile anterioare pe oameni demonstrează, că vitamina C este utilă în scop profilactic și terapeutic în epide-miile de dizenterie.

I. G.

*

DERMATO-VENEROLOGIE

Sulfonamidele ca substanțe fotoprotectoare (Sulfonamide als Lichtschutzmittel) de *Zenner*, Klin. Wschr. 1942, 277.

Zenner a dovedit că soluția de 10% de Eubasin-sodic și Cibason-sodic în alcool acetonă aa. sau în apă, reprezintă un mijloc eficace foto-protector, Cibazol-ul sodic pare a fi cel mai eficace. Acțiunea sa corespunde la 8 doze eritem quart, iar a Eubasin-ei ajunge până la 6 doze eritem. Aesculina și chinina-taninică nu au acțiune protectoare. Acțiunea protectoare s'a manifestat și față de expunerea la razele solare. Acțiunea constă într-o izolare (abschirmung) a razelor față de piele, printr'un strat protector format de sulfonamide la suprafața pielii. O acțiune proprie protectoare nu a putut fi dovedită.

Taninul ca preventiv și în tratamentul alergozelor alimentare (Tannin zur Verhütung und Behandlung alimentarer Allergosen) de *Stolte*, Mschr. Kinderheilk. 1941, 86.

Stolte expune cazul unui copil de 7½ ani care suferea din timpul primei copilării de urticarie și edem Quinke. Era vorba despre o suprasensibilitate față de polenul florilor, gălbenușul și albușul de ou, fasole, mazăre. Prin administrarea ouălor în vin roșu (cu conținut de tanin) reacțiunile alergice nu mai apăreau. Celelalte alimente erau tolerate ca alimentație prin amestecul lor cu Eldoform (Drojdje-Tanin). Afară de acestea s'a administrat zilnic 150 gr. vin roșu în 300 cc. apă. Incetarea tratamentului atrăgea după sine reapariția urticariei, care după începerea tratamentului dispărea imediat. La un copil de 11 luni care prezenta o eczemă gravă madidantă, Eldoform-ul și administrarea vinului roșu cu Mondamină au adus ameliorări rapide.

Dr. Emil I. Bologa.

Studii relative la eczema sugarilor (Studien über Säulings-ekzem) de *Dr. P. Woring*, Mschr. Kinderhk., 1941, Bd. 88, S. 222.

Condițiunile fundamentale ale terapeutice sunt combaterea alergiei și cruțarea pielii prin anemizare și înlăturarea excitațiunilor. Combaterea alergiei prin dietă cu eliminarea alimentelor provocatoare nu duce la înlăturarea eczemei. Desensibilizarea specifică manifestă un succes numai pe timpul tratamentului prin injecții. Printre mijloacele nespecifice s'a dovedit eficace injectarea o singură dată a vaccinului B. C. G. înainte vârstei lunii a 5-a (4-5 = 1/20 subst. uscată bacteriană). Alergia nutritivă este astfel

coplesită (innăbușită) de cea tuberculinică. Local vom combate excitațiunile cutanate externe și infecțiunile. Băile vor fi înlăturate, întrebuițarea săpunului redusă. Curățirea se va face cu oleuri. În infecțiuni comprese umede și desinfectante de ex.:

Rp. Cupr. sulfuric
Zink sulfuric
Camphor aa. 1,0
Zink oxyd. 10,0
Vaselin
Lanolin aa. 20,0

Pensulări cu Mercurochrom. Mâncărimea va fi cel mai bine tratată cu iradiere de raze roentgen; în rest hipnotice. Complicațiuni: fenomene de șoc, urticarie, mai târziu astm, impetigo, abcese glandulare, flegmoane, osteomielită, veziculizări pemfigoide, erizipel etc. Cea mai gravă complicație este moartea („Eckzemtod“) cu colaps.

Dr. Emil I. Bologa.

Consensul matrimonial al venericilor (Ehekonsens bei Geschlechtskranken) de *Dr. Maerz*, Off. Gsdienst. 1941, Jg. 7, Nr. 5. S. 135.

Examinarea prenumțială a venericilor este necesară din cauza pericolului transmiterii bolii. Blenoragia o vom considera ca nepericuloasă, dacă după cel puțin trei luni nu am mai găsit la re-examinare gonococi (provocație, reacțiunea de fixare a complementului, examen microscopic — noi pretindem și uretroscopia —). Sifilisul îl vom considera ca ne mai fiind periculos, dacă în urma unei terapii serioase, nu au mai apărut simptome cel puțin timp de doi ani (dgn. microsc. în sifilisul I, în cazurile dubioase a se repeta la interval de 4-6 săptămâni după o provocare cu 0,30 Neosalvarsan). În consensul matrimonial nu este necesar, ca sângele să fie durabil negativ, ceea ce este deosebit de important în sifilisul congenital și latent (trat. suficient de intens: 2-3 cure Salv-Bi-, 10-12 inj. de 0,45-0,60 Neo. și 10-15 inj. cu Bi. 1-2 cc. pentru fiecare cură, pauză între cure 4-8 săptămâni în sif. I, în restul formelor cure de febră, Salvarsan, Bi și Iod; în sifilisul organelor interne). La femeile gravide vom aplica 2 cure radicale cu Salvarsan-Bismogenool ca tratament de siguranță, în luna 4-5.

Dr. Emil I. Bologa.

Despre diagnosticul sifilisului hepatic (Zur Diagnostik der Leberlues) de *Dr. E. Albrich*, Med. Klin. 1941, Jg. 37, Nr. 42, S. 1059.

Simptomele sifilisului hepatic nu sunt clare și în niciun caz caracteristice. Un simptom constant este febra, care este continuă sau remitentă. O tumoră a splinei este aproape constant prezentă. Icterul și ascita pot reprezenta alte simptome, cărora însă nu le putem da o valoare diferențial-diagnostică. Eosinofilia pledează pentru etiologia sifilitică a unei afecțiuni hepatice. Cea mai frecventă formă a sif. hep. este cea gomoasă. Un pneumoperitoneu, care face vizibilă la radioscopie fața sup. a ficatului poate ușura diagnosticul. Tratamentul va consta în combinarea iodului cu bismut, salvarsanul fiind contraindicat.

Dr. Emil I. Bologa

(C. R. Spitalul de boli sociale Brașov).

Note și informațiuni

Decrete — Deciziuni

Min. Săn. prin decizia Nr. 19483 din 10 VI. 1942, pune definitiv în retragere din oficiu, pe data de 1 II. 1942, pe d-l Dr. Leonida Domide medic la oraș. Blaj.

Min. Săn. prin decizia Nr. 21326 din 15 VI. 1942, pune definitiv în retragere din oficiu pe 1 II. 1942, pe d-l Dr. Ritter Otto, medic șef al municipiului Galați.

Min. Săn. prin decizia Nr. 21327 din 15 VI. 1942, Dr. Vasiliu Haralamb medicul circ. rurale Botoșani,

se pune definitiv în retragere din oficiu pe ziua de 1 Martie 1942.

In Mon. Of. Nr. 145/25 VI. 1942, prin decizia Min. 21325/15 VI. 1942, Dr. Bojita Aurel se numește medic secundar la spitalul Sebeș-Alba, secția de chirurgie, pe ziua de 1 Iulie 1942, pe termen de 3 ani.

Mișcare în corpul medical

Min. Săn. Decretul Nr. 1839

D-l Dr. Graur Ioan, actual medic primar definitiv de boli interne la spitalul din Betuș, se transferă definitiv în postul de medic primar de boli interne dela spitalul Rădăuți.

D-l Dr. Ardevan Ștefan, medic stagiar al circ. Lăzăreni, jud. Bihor, se transferă în postul de medic de circ. Sîntea Mare, jud. Arad.

D-l Dr. Ioan Cincora, medic definitiv al circ. Bretea Română, jud. Hunedoara, se transferă definitiv în postul de medic de circ. Sânt-Andrei, același județ.

D-l Dr. Avram Cornel, medic definitiv al circ. Moritzfeld, jud. Timiș, se transferă definitiv în postul de medic de circ. Sibiu rural, jud. Sibiu.

D-na Dr. Stoian Györfi Marla, fostă medic stagiar al circ. Tălșoara, jud. Odorhelu, se reprimște în aceeași calitate la circ. Săcel, jud. Târnava Mare.

D-na Dr. Gălăguță Natalia, medic stagiar al circ. Jara II, jud. Cluj-Turda, se transferă în aceeași calitate, la circ. Mănăstireni, același județ.

D-l Dr. Enea Bențea, medic definitiv al circ. Gfulvâz, jud. Timiș și d-l dr. Vulpe Ștefan Mihail, medic definitiv al circ. Pecica, jud. Arad, se transferă definitiv în interes de serviciu, unul în locul celuilalt.

D-l Dr. Schaum Antoniu, medic definitiv al circ. Vulcan, jud. Hunedoara, se transferă în interes de serviciu la circ. Sohodol, jud. Alba.

D-l Dr. Astratinel Nicolae, renunțând la postul de medic secundar cu concurs dela spitalul I. C. Brătianu din Pitești, unde a fost numit pe ziua de 1 Aprilie 1942, revine la circ. Fârlug, jud. Severin, ca medic de circ. definitiv.

D-l Dr. Glușcă Virgil, medic definitiv al circ. Sâmbăta, jud. Bihor, se transferă definitiv în postul de medic de circ. Celca, jud. Bihor.

D-na Dr. Receanu Mafor Aurelia, medic definitiv al Ambulatoriului din Mediaș, se încadrează ca medic de dispensar la Ambulatorul Policlinic din Alba-Iulia, unde l-a fost trecut postul dela Mediaș prin buget, pe exerc. 1942—1942.

Următorii medici stagiați de circ. implinind stagiul cerut de lege și având propunerii din partea Inspectoratelor generale sanitare, se confirmă definitiv în posturile pe care le ocupă:

D-l Dr. Dăneș Andrei, medic stagiar al circ. Ticușul Vechiu, jud. Făgăraș.

D-l Dr. Mărgineanu Teodor, medic stagiar al circ. Vălcani, jud. Timiș.

D-na Dr. Popa Teodoru Eugenia, medic stagiar al circ. Luncoșul, jud. Hunedoara.

M. C. N. și C. în Mon. Of. Nr. 149/30 VI. 1942, prin dec. Nr. 124622, d-l Dr. Angelescu C. șef de lu-

crări la Labor. de Fizilog. și Fizică Medicală de pe lângă Facult. de Medic. București a fost confirmat definitiv cu titlu prov. pe 1 Iulie 1942;

Iar prin dec. Nr. 125290/1942, d-l Dr. Gr. V. Molescu, asistent la Facult. de medic. din București rămâne pus în retragere din oficiu pe data de 1 Sept. 1941.

In Mon. Of. Nr. 142/22 Iunie 1942, s'a publicat Regulamentul pentru ocuparea posturilor de medici primari de specialitate.

In Mon. Of. Nr. 144/24 VI. 1942, a apărut „RECTIFICARE” la Regulamentul mai sus menționat.

Cu ord. Min. Săn. Nr. 26726 din 2 Iulie 1942, au fost repartizați 49 studenți și studente din anul V. și VI și 69 studenți și studente din anul IV, dela Facultatea de Medicină din Cluj-Sibiu, pentru a face serviciul în mediul rural în circumscripțiile ale căror titulari sunt mobilizați.

Acești studenți au urmat în zilele dela 2 VII.—6 VII. a. c. un curs de înțelegere, iar în ziua de 7 VII. a. c. au plecat la posturile lor.

Posturi vacante

In Mon. Of. Nr. 140 din 19 VI. 1942, M. C. N. și C., Facultatea de Medicină din București, în conformitate cu dispozițiunile art. 71 și urm. din legea de organizare a învățământului superior, se publică vacante, în vederea ocupării lor prin concurs, următoarele posturi:

1. Catedra de anatomie patologică: 3 posturi de asistenți.

2. Catedra de puericultură: 2 posturi de asistenți.

3. Se rectifică termenul de înscriere la concursul pentru ocuparea postului de șef de lucrări vacant la conferința de radiologie și anume: de 15 zile dela data publicării în Mon. Of., conform art. 79 din lege.

Inscrierile se fac la Decanatul Facultății, în termen de 20 zile cu începere dela data publicării vacanței în Mon. Of.

In Mon. Of. Nr. 141/20 VI. 1942, M. C. N. și C. Facult. de Medicină din București.

Publică vacante următoarele posturi de personal didactic ajutător:

La catedra de clinică chirurgicală: 1 post de preparator; 1 post de arhivar.

La catedra de patologie generală: 2 posturi de asistenți; 1 post de preparator.

La catedra de chimie generală medicală și chimie biologică: 3 posturi de asistenți.

Inscrierile se fac la Decanatul Facultății în termen de 20 zile dela înscrierea prezentei publicațiunii în Mon. Oficial.

M. C. N. și C. în Mon. Of. Nr. 150/1 VII. 1942, publică vacanța a două posturi de asistenți de pe lângă catedra de chimie medicală infantilă.

Candidații își vor prezenta cererile de înscriere la secretariatul facultății din București, în termen de 20 zile dela publicare.

M. S. O. S. In Mon. Of. Nr. 159/11 VII. 1942, se publică vacante următoarele posturi:

Medic primar chirurg la spitalul din Câmpina.

Medic primar chirurg la spitalul din Alexandria.

Medic primar al secției de chirurgie la spitalul din R. Sărat.

Medic primar al secției de Dermato-venerele de la spitalul „Hanul Tărănesc” din Ploiești.

Medic șef al Laboratorului de Igienă de pe lângă spitalul de stat din Sighișoara.

Medic șef al Laboratorului de Igienă din Târgoviște.

Cereri se vor înalța în termen de 20 zile de la inserare în M. Of., condițiunile se pot vedea în Mon. Of. mai sus menționat.

Rectificare. În articolul „Evenimentele sanitare din Județul Sibiu în cursul anului 1941” publicat de Dr. Oct. Oprean în Ardealul Medical Nr. 6 s'au produs

următoarele greșeli de tipar pentru care se face cuvenită rectificare:

Pag. 254 col. I

rândul	2	se	va	cit	22	3	in	loc	de	22,3 ⁰ / ₀
"	4	"	"	"	23,2	"	"	"	"	23,2 ⁰ / ₀
"	6	"	"	"	28,2	"	"	"	"	28,2 ⁰ / ₀
"	10	"	"	"	26,2	"	"	"	"	26,2 ⁰ / ₀
"	10	"	"	"	23,2	"	"	"	"	23,2 ⁰ / ₀

Pag. 255 col. I.

rândul	7	se	va	cit	4,2 ⁰ / ₀	in	loc	de	4,2
"	9	"	"	"	4,4 ⁰ / ₀	"	"	"	4,4

Pag. 257 col. II. rândul 29 se va citi „sanitar auxiliar” în loc de „medical”.

Pag. 258 col. I. rândul 28 se va citi „măsurilor” în loc de „lipsurilor”.

Pag. 258 col. II. rândul 45 se va citi „rămase” în loc de „rămâne”.

Bibliografie

din sumarul revistelor streine primite la redacție

Wiener Medizinische Wochenschrift, Nr. 24 vom 13. Juni, 1942.

C-Vitaminausscheidung - und Bedarf bei Diphtherie: A. Woldrich u. W. Lorenz.

Zur Behandlung des habituellen Abortus und des Abortus imminens mit gonadotropem Hormon: O. Mondré.

Nr. 25 vom 20. Juni, 1942.

Fische zum Nachweise in Hormonfragen: E. Glaser.

Die Grundlagen der Tuberkulophonin-Behandlungsmethode der Tuberkulose und ihre klinischen Erfolge: I. Piticariu.

Nr. 26 vom 27. Juni, 1942.

Luftschwefelwasserstoffmessungen im Jodschwefelbad Deutsch-Altenburg an der Donau (Niederdonau): W. Kosmath u. E. Jekel.

Kneipen: W. Spengler.

Grundsätzliches zur Indikationsstellung für Badekuren: O. Zimmermann.

Nr. 27 vom 4. Juli, 1942.

Wie behandle ich eine Neuritis? E. Pichler.

Neue Wege in der Diagnostik und Therapie der Lues: A. Rottmann.

Nr. 28 vom 11. Juli, 1942.

Die Behandlung und Prophylaxe des Fiebers im Wochenbett mit Follikel-hormon: O. Mondré.

Das rheumalgische Krankheitsgeschehen: W. Kempf.

Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 23 von 5. Juni, 1942.

Untersuchungen über die Möglichkeit der Steigerung von Stillfähigkeit und Stilldauer: Hofmeier und Noack.

Zur Behandlung des zervikalen Ausflusses: Dietel.

Kritisches zur Schnupfentherapie: Hünermann.

Truppenarzt und Truppenführer: Richter.

Über Frauenmilch: Czerny.

Bleitetraäthyl und die Vergiftungsmöglichkeiten durch Bleibenzin: Humpferdick.

Die Betreuung der Tuberkulösen während der Wartezeit bis zur Einberufung in die Heilstätte: Ickert.

Nr. 24 vom 12. Juni, 1942

Der alte Steckschuss: Jorns.

Bestimmung des Vitaminbedarf (A, B, C) durch Mangelversuche am Menschen: v. Drigalski.

Der Darmverschluss: Salewski.

Enuresis: Czerny.

Aus der Frauenmilchsammelstelle Erfurt: Kayser.

Zur Auslösung des Gallenblasenreflexes bei der Cholezystographie: Kabelitz.

Klinische Beobachtungen über Malaria: Ferenczi.

Einiges über das Memeler Lepraheim und die Lepraepidemie im Kreise Memel: Schneider.

Nr. 25 vom 19. Juni, 1942.

Zur Symptomatologie und Diagnostik der Harnleitertuberkulose: Stumpf.

Über das Schmerzproblem bei Magenerkrankungen: Mahlo.

Behandlung des Asthma Bronchiale: Hoff.

Nr. 26 vom 26. Juni, 1942.

Magenkrebs und Gastritis. Zur Deutung des sogenannten Krebsanamnese: Westhues.

Über den klinischen Wert des Stuhlnachweises von Tuberkelbazillen im Verlaufe der Lungentuberkulose: Wolf.

Angeborene Gehirnanomalien: Czerny.

Über die Verwendung vom Vollkornmehl und - Präparaten in der Säuglings- und Kleinkinderernährung: Gronau.

Nr. 27 von 3. Juli, 1942.

Die Kavernensaugdrainage in ihren theoretischen Grundlagen und in ihren klinischen Indikationen: Monaldi.

Fortschritte der Laparoskopie: Kalk.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Nr. 24 vom 13. Juli, 1942.

Die Aschheim-Zondekreaktion und andere Schwangerschaftsreaktionen: Wattenwyl.

Über traumatische Epiphysenlösungen und ihre Folgezustände: G. Reimann.

A propos des Greffes d'Albee: L. Nicod.

Considérations sur les méthodes de mesure de la vitesse de la coagulation sanguine: R. Feissly.

Die Resorption von Schwefel aus Thiorubrol durch die Haut: P. Lietha.

Nr. 25 vom 20. Juni, 1942.

Muskelermüdung und Nebenniere: F. Verzar.

Präventive Schutzimpfungen: E. Berger.

La pathogénie de l'anémie hypochrome après résections d'estomac: G. Hemmeler.

Über die Bestimmung, Verteilung und Ausscheidung des Albucid (Paraaminobenzolsulfonacetylamid) beim Menschen: E. Deutsch.

Zur Strophantin- und Digitalistherapie: R. F. Smel.

Nr. 26 vom 27. Juni, 1942.

Untersuchungen über die Epidemiologie der Tuberkulose in Dänemark: Th. Madsen.

Die tuberkulöse Spät-Erstinfection und ihre Entwicklungstendenz: W. Loeffler.

Die tuberkulöse Spät-Erstinfection und ihre Frühevolution: E. Uehlinger.
 Zur späten tuberkulösen Primärfektion und ihre Entwicklung: St. J. Leitner.
 Eine schwere tuberkulöse Familieninfektion: A. Wernli-Hässig.
 Contribution a l'étude du pronostic de la tuberculose pulmonaire: J. Stephani.
 Die Temperatursenkung durch Sulfanilamide als differentialdiagnostisches Merkmal, besonders gegenüber Tuberkulose: J. L. Burckhardt.
 Von Fehldiagnosen bei Tuberkulose und anderen Dingen: E. Bachmann.
 Das Meldewesen bei Tuberkulose, besonders in Hinsicht auf erkrankte Wehrmänner: E. Bachmann.

Nr. 27 vom 4. Juli, 1942.

Die Diagnose lumbaler Bandscheibenprolapse (Bpr.) und verwandter Zustände: W. Bärtschi-Rochaix.
 Elektrokardiographische Untersuchungen nach körperlicher Anstrengung mit Gasmasken: M. S. Meier.
 Unterernährungszustände und tuberkulöse Infektion: F. Cevy.

Wiener Klinische Wochenschrift, Nr. 24 vom 12. Juni 1942.

Über chromotrope Lipide und Lipoproteide: F. Feiler.
 Über die Beziehungen zwischen den sogenannten chromotropen Lipoiden bzw. Lipoproteiden und den sogenannten Azetalphosphatiden: H. Lieb.
 Tenosin nach der Geburt: Klatenegger.
 Zur Behandlung der Wehenschwäche: Tasch H.

Nr. 25 vom 19. Juni, 1942.

Ist die Anwendung der Paraffinplombe in der Behandlung der Lungentuberkulose heute noch berechtigt? D. M. Juzbasic.
 Über die Notwendigkeit der Sprach- und stimmärztlichen Betreuung der Schulfugend: G. Arnold.
 Ein Beitrag zur Symptomatologie der tonsillo-genen Sepsis: W. Haardt.

Nr. 26 vom 26. Juni, 1942.

Das Wiener Allgemeine Krankenhaus als Geburtsstätte der Dermatologie: V. Satke.
 Über die Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit Sulfonamiden: R. Hoffstätter.
 Über Veränderungen an der Zunge während der Menstruation: A. Merten.
 Über die Rolle der (chronisch) rezidivierenden Appendizitis bei der Genese gastritischer Beschwerden, Erwiderung auf die Ausführungen von F. Högl.

Hippokrates, Nr. 24 vom 11. Juni, 1942.

Die Serumkrankheit bei Diphtherie und ihre Behandlung: Hertel.
 Über diätetische Beeinflussbarkeit des Erregers: Tanczos.
 Eine erprobte Rheumakur: Riedl.

Nr. 25 vom 18. Juni, 1942.

Enteritis: Behr.
 Parvotin bei postapoplektischen Zuständen: Katsch.
 Zur Behandlung des Asthma bronchiale: Sproedt.
 Die nordmährische süsse Eberesche: Riedl.

Nr. 26 vom 25. Juni, 1942.

Kolitis: Behr.

Nr. 27 vom 2. Juli, 1942.

Zur Verhütung strahlenbedingter Erbschäden: Schubert.

Der Landarzt, Nr. 23 vom 3. Juni, 1942.

Offizielle Laxantien in der Behandlung der Stuhlverstopfung: H. Braun.

Nr. 24 vom 10. Juni, 1942.

Der genitale Ausfluss und seine homöopathische Behandlung: E. Haehl.
 Offizielle Laxantien in der Behandlung der Darmverstopfung: H. Braun.

Nr. 25 vom 17. Juni, 1942.

Der genitale Ausfluss und seine homöopathische Behandlung: E. Haehl.

Nr. 26 vom 24. Juni, 1942.

Schweninger, der schwarze Tyrann: H. O. Kleine.
 Der genitale Ausfluss und seine homöopathische Behandlung: E. Haehl.

Nr. 27 vom 1. Juli, 1942.

Ein schwimmendes Frontlazarett: W. Betz.
 Schuldhaftes Verhalten und Leistungen in der Krankenversicherung: W. Schnatenberg.

Zeitschrift für Aerzliche Fortbildung, Nr. 11 vom 1. Juni, 1942.

Die truppenärztliche Leistungsprüfung des Kreislaufes: W. Ruge.
 Die Nachbehandlung des Panaritium: R. Goldhahn.
 Was versteht man unter Histaminiontoporese: R. H. Rothenpieler.

Nr. 12 vom 15. Juni, 1942.

Das klinische Bild der Ovarialinsuffizienz: R. Schroeder.
 Betrachtungen über Rezidive bei Typhus: I. Gavrilă.
 Die oberflächlichen Panaritien: R. Goldhahn.

Nr. 13 vom 1. Juli, 1942.

Spastische Parametropathie: H. Martius.
 Simmondsche Kachexie Magerkeit: H. W. Bansi.
 Das klinische Bild der Ovarialinsuffizienz: R. Schroeder.
 Die tiefen Panaritien der Finger: R. Goldhahn.

Folia Therapeutica, Heft 6, Juni, 1942.

Klinische Wochenschrift, Nr. 17 vom 25. April, 1942.

Hypophyse und Lactation: E. Fauvet.
 Die Ausscheidung von Polypeptiden im Urin in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett sowie bei Schwangerschaftstoxikosen: W. Neuweiler.
 Untersuchungen zur perkutanen Wirkung des Histamins: H. Kalk.
 Wesen und Bedeutung der chronischen Prostatitis: H. Wilde.
 Die histologisch nachweisbaren Beziehungen des Abnutzungspigmentes (Lipofuscin) zum Vitamin-C-Stoffwechsel: E. Tonutti.

Nr. 18 vom 2. Mai, 1942.

Ulcus, Carcinom und „Ulcuscarcinom“: H. Kürten.
 Tierexperimentelle Untersuchungen über den Einfluss von Unterernährung bzw. Vitamin C-Mangel auf den Ablauf von Ruhrinfektion: W. Dötzer und A. Schuller.
 Statistisches zum Krankheitsbild der Kruse-Sonne (E+) Ruhr: K. Roelcke.
 Über die Beziehungen von Vitamin K zur Darmkakterienflora: Th. Schmidt und K. H. Büsing.
 Die Bestimmung der Pulsfortpflanzungsgeschwindigkeit mittels der Kurzwellenvasographie: L. Rosa.

Nr. 19 vom 9. Mai, 1942.

Die Verwendung von Vitamin K zur Prüfung der Leberfunktion: L. Armentano und F. Géher.
 Die Wirkung des Mannitols auf die Leber: G. Sabatini und D. Gigante.
 Über eine toxische Wirkung von Extrakten aus dem Hypophysenhinterlappen: E. Werle, O. Koch u. H. Voss.
 Die biologischen Reaktionsweisen der Serosaepithelien: K. Niessing.
 Vorläufige Mitteilung über Untersuchungsergebnisse der Lungenfunktionsprüfung bei Bechterew-Kranken: W. Zens u. Fr. Peters.

Nr. 20 vom 16. Mai, 1942.

Vitalistisches Denken in Deutschland im Anschluss an Georg Ernst Stahl: B. J. Gottlieb.
 Neuere Untersuchungen zur Behandlung der Gasödeminfektionen mit Sulfonamidpräparaten: G. Domagk.
 Chemo- und Serotherapieversuche an Flecktyphuskranken: R. Wohlrab.
 Die Beziehungen zwischen Gewicht, Grösse der Theka- und Granulosazellen, Progesteron- und Festgehalt des Corpus luteum graviditatis des Rindes und Schwangerschaftsdauer: L. H. Bretschneider, J. J. Duvené Wit und F. C. van der Kaai.
 Progesteronbestimmungen an einzelnen menschlichen Corpora lutea menstrualia: J. J. Duvené de Wit.

Therapie der Gegenwart, Heft 5, Mai, 1942.

Der derzeitige Stand der Behandlung der Gonoblenorrhoe der Neugeborenen: A. Pillat.
 Vitamine im Behandlungsplan der Tuberkulose: F. Hasselbach.
 Klinische Beobachtungen bei Ruhr epidemien: Goette.
 Zur Eisenbehandlung des Kindes: H. Albers.
 Praktische Anwendung der Schwefeltherapie: R. Kühn.

Redactionale

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 4 pagini de revistă. Costul tiparului peste 4 pagini va fi suportat de autor, 500 Lei pagina.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franceză și nemtește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeeilor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 500. Pentru autorități 1000 Lei. Pentru studenți 300 Lei. Costul unui număr este 80 Lei.

— Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poştale pe adresa: Administraţia Ardealul Medical, Clinica ginecologică şi obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

1 pagină odată	3.000,	3 ori	8.000,	6 ori	15.000,	12 ori	25.000	Lei
1/2 " "	2.000,	"	5.000,	"	8.000,	"	15.000	"

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Pentru anunțuri plasate pe pagina recto se socotește un plus de 30%.

Pentru anunțuri periodice (băi, staț. balneare, staț. climaterice etc.) se plătește un plus de 50%.

Tabloul de prețuri al extraselor pe formatul 8^o valabil dela 1 Aprilie 1942.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar		Coperta obicinuită hârtie culoare										Observație	
	Primele 25 exemplare	Următoarele 25 exemplare	25	50	100	150	200	300	500	1000	3000	5000		
			e x e m p l a r e											
			L e i											
4	240	42	198	216	228	264	276	312	432	636	1680	3840	1 pagină din revistă co- respunde cca. la 3 pagini din extras.	
8	324	66												
12	456	80												
16	564	98												
Extrase pe hârtie velină			Copertă groasă colorată										Pentru fiecare clișeu se va socoti în plus 15 Lei.	
4	252	52	228	288	336	420	492	624	900	1380	3426	5880		Tablourile etc. lipite la extrase se vor socoti în plus.
8	348	79												
12	504	108												
16	612	137												

PARALIZIE GENERALA

ARSENOTERAPIE

Stovarsol
sodique

4 oxi - 3 acetilaminofenil - 1 arsinat de sodiu

FIOLE DE 0,50 gr. SI 1 gr.

INJECTII de 1 gr.
SERII de 20 la 30 gr.

CALE SUB-CUTANATA
sau INTRAMUSCHIULARA
IN ASOCIATIE
CU
PIRETOTERAPIE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES "POULENC FRÈRES" et "USINES du RHÔNE"
21, rue Jean Goujon - Paris

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL

Anul XXIII

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

Secretar de redacție:

Dr. D. CĂPRIOARĂ

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Dr. I. Cosma, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. M. Teleman, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Conf. Dr. I. Voicu, Dr. V. Weindel.

REDACȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA:

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1
Telefon 45

Normacol

Laxativul fiziologic



*Superioritatea capacității de a
se umfla a Normacol-ului*

față de alte substanțe naturale este dovedită experimental.

Experiența clinică

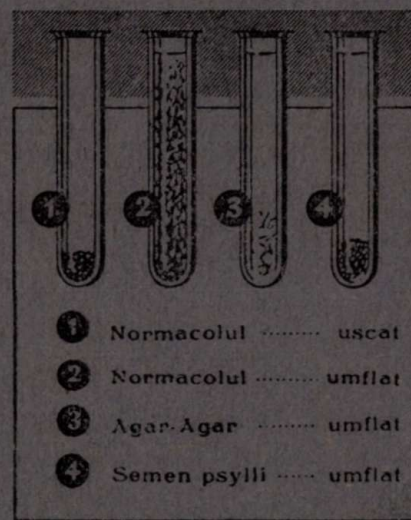
arată, că corespunzător capacității sale mărite de a se umfla, cu Normacolul se obține un scaun mai voluminos.

Scaunele cu Normacol nu diferă de loc de scaunele normale.

40 publicațiuni științifice

din clinică și practică certifică calitatea și siguranța
Normacol-ului.

Cartoane cu 100 și 250 gr.



SCHERING A.G. BERLIN N 65

CODERE, S. A., București

Str. Clemenceau No. 6 Tel.: 3.58.05



La tuse intensă

Cardiazol-Dicodid- picături

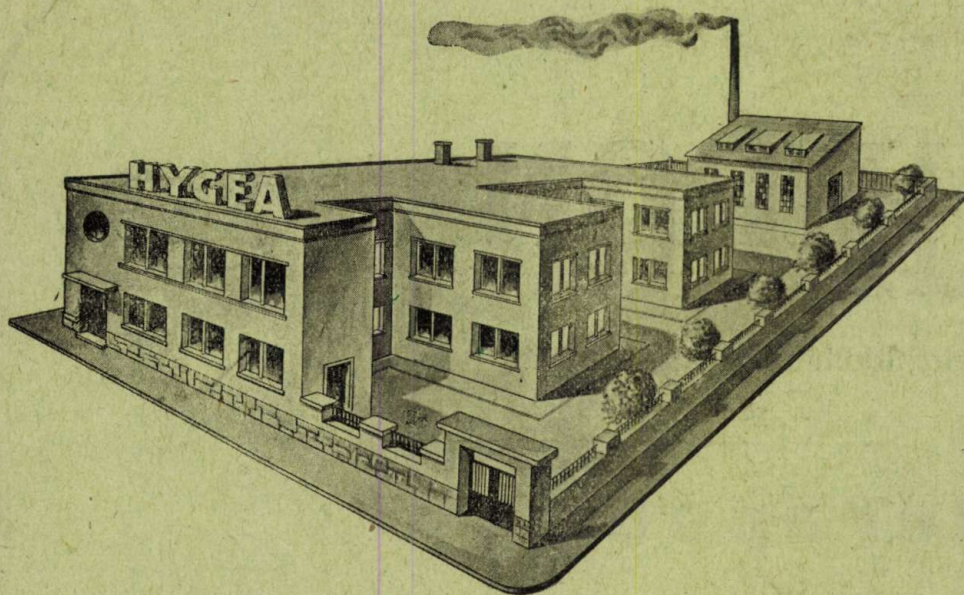
Flacoane à 10 gr.



Dozare: sugari primesc de 2-3 ori pe zi 1-5 picături; copii mai mari de 3 ori pe zi 5-10 picături; adulți de 2-3 ori pe zi 15-20 picături.

KNOLL A.-G., Fabrici chimice, LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, București 3.



CLUJ

Având asigurată ma-
teria primă necesară,
punem la dispoziția
Domnilor medici

Vitamin „C”

sub formă de:

ASCORBIN

Injectii

(L-Ascorbinat de sodiu)

0,05/1	cmc,	cutia	cu	10	fiole
0,10/2	"	"	"	"	"
0,50/5	"	"	"	"	"

Subcutan - Intramuscular - Intravenos

ASCORBIN

Tablete

(Acid Ascorbic)

Tubul cu 12 tablete 0,05



Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R.
BUCUREȘTI

ELEUDRON

p-aminobenzolsulfonamidothiazol („Sulfathiazol“)

chimioterapeutic

cu efect desăvârșit în

infecțiuni gonococice

infecțiuni pneumococice

infecțiuni stafilococice

infecțiuni meningococice

Resorbție și eliminare rapidă și completă,
deci nu există pericol de cumulare

Toleranță perfectă

»Bayer«



LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România:

„ROMIGEFA“ S. A. R., București I, strada Brezoianu 53

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL :

Articole științifice :

- I. Hațieganu, T. Spârchez, P. Radu și I. Macavei: Importanța clinică a puncției sternale în diagnosticul boalelor de sânge Pag. 365
- Dr. I. Danicico: Fistulizarea temporară a intestinului subțire în ileusul peritonitic. În legătură cu un caz de leziuni intestinale latente prin schije și peritonita localizată și cu 4 cazuri de ileus peritonitic postapendicular. " 370
- Dr. Eugen Morariu și Dr. Ioan Opreanu: Considerațiuni asupra reumatismelor focal-toxice, în legătură cu câteva cazuri de artrite scapulo-umerale " 373
- Dr. Maxim Păunescu: Mixoedem tireopriv frust provenit din maladia lui Basedow " 379
- Dr. Oct. Oprean: Considerațiuni asupra erizipeloidului în legătură cu cazurile apărute în județul Sibiu " 381
- Dr. Dumitru Roșca, Dr. Maria Todoran și Dr. Dăncilă Ștefan: Considerațiuni asupra trei cazuri de tetanos, tratate și vindecate prin seroterapie combinată cu injecții de calciu și extract de paratiroidă " 382

Activitatea Instituțiilor Sanitare

- Dr. L. Ionașiu, Dr. Th. Stoenescu și Dr. C. Lungu: Activitatea Spitalului de Boli Mintale și Nervoase din Sibiu pe anul 1941 " 385

Probleme terapeutice:

- Dr. Gh. Popoviciu: Alimentația copilului " 393
- Dr. Augustin Manu: Fenomene alergice în căile respiratorii la copii și tratamentul lor " 400
- Dr. Emil Colbazi și Dr. Emil I. Bologa: Contribuțiuni la tratamentul pemfigusului vulgar " 403

Probleme profesionale:

- Dr. Cosma Dumitru: Orientarea Profesională " 408

Societăți medicale " 411

Revista cărților " 412

Igiena sporturilor de Dr. Radu Olinescu. — Probleme de chirurgie infantilă în practică de Prof. Dr. Gohrbaudt. — Problema cancerului și chirurgia practică de Prof. Dr. Fritz König.

Revista revistelor " 414

Note și informațiuni " 416

Decrete. — Deciziuni. — Posturi vacante

Bibliografie " 418

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCHILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări

și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CA



RUBIAZOL
COLORANT AZOIC

este
**CEL MAI ACTIV și
COMPLET ATOXIC**

DOZA ZILNICĂ:
6-12 comprimate
2-3 fiole



LABORATOIRES DU DR. ROUSSEL-PARIS

Eșantioane Medicale și literatură la :

Reprezentanța generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTETIA” S. A. R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREȘTI, III

Telefon 221.38

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Importanța clinică a puncției sternale în diagnosticul boalelor de sânge

de

I. Hațieganu, T. Spârchez, P. Radu, I. Macavei

I.

Studiul boalelor sanghine s'a făcut multă vreme numai din examenul sângelui circulant. Explorarea măduvei osoase prin puncția sternală, a adus o contribuție utilă în studiul ematologiei clinice. Cu ajutorul acestei noi metode de investigație, s'au precizat o serie de tablouri clinice neclarificate și s'a realizat un progres important în studiul elementelor constitutive ale măduvei osoase.

Puncția sternală trebuie considerată ca o blopsie a măduvei.

Această operație se poate executa cu ușurință. Primele încercări pentru a studia măduva osoasă le-a făcut *Pianez* în 1903, trepanând femurul. În 1908 *Ghenidi*, trepanează tibia. Prin aceeași metodă studiază *Zadek*, în 1921, măduva în cazuri de anemie pernicioasă. În 1923 *Seyfert* inaugurează o nouă metodă — recoltând măduvă mai activă prin trepanarea sternului.

Trepanarea diferitelor oase este un procedeu chirurgical dificil, neacceptat totdeauna de bolnav. În 1929 *Arinkin* simplifică metoda, înlocuind trepanarea prin puncția sternului. Acest procedeu a fost adaptat de toți clinicienii, putându-se executa ușor, printr-o tehnică simplă, care s'a perfecționat în ultimii ani. Ceea ce a variat a fost instrumentul, care constă dintr'un ac scurt de 15—20 mm. și 1—2 mm. diametru.

În clinica medicală din Cluj-Sibiu explorarea măduvei osoase se face în mod curent. În decurs de 4 ani s'au executat 250 puncții sternale.

Tehnica nu necesită nicio pregătire specială: plasăm bolnavul orizontal, capul puțin înclinat pe spate.

Desinfecțăm regiunea cu alcool sau tinctură de iod. Unii autori fac anestezie, injectând în straturile moi, până la perlost, 1—2 cmc. de novocaină. În majoritatea cazurilor noastre am făcut puncție fără anestezie, fiind foarte bine suportată de bolnav. Locul de puncție este corpul sternului, în apropierea liniei mediane, la înălțimea spațiului II sau III intercostal. Am utilizat un ac, care nu se îndoaie, de 2 cm. lung și 1—2 mm. diametru, la care se adaptează un mandrin, având extremitatea turtită, pentru a putea executa presiunea necesară cu ajutorul degetului. Introducem acul perpendicular pe stern, străbatem cu ușurință straturile moi, până la perlost, apoi cu degetul cel mare apăsăm pe mandrin, exercitând o presiune viguroasă și continuă pentru a traversa lama externă a sternului. La indivizii tineri presiunea nu trebuie să fie prea puternică. Grosimea lamei externe după *Arseff*, este de 1—1½ mm, iar a țesutului spongios de 5—15 mm.

În momentul când am ajuns în cavitatea sternală, avem senzația că am trecut prin obstacol și am căzut în vid. În locul mandrinului aplicăm siringa și aspirăm țesutul medular. În cazuri negative controlăm poziția acului. Dacă nu este în substanța spongioasă, repetăm puncția în alt loc. Rezultate negative repetate fac pe unii autori să recomande spălăturile ale măduvei cu ser fiziologic. Metoda este însă dureroasă.

Puncțiile repetate negative au valoare diagnostică, trădând existența unui proces de osteo-scleroză sau fibroză a măduvei.

Pentru a evita rupturile capilarelor aspirația în siringă se face încet. Aspirația bruscă cauzează dureri pronunțate bolnavului. Cantitatea de țesut medular necesar examenului este de 1/3—1 cm³.

După ce am obținut această cantitate de țesut medular, extragem acul brusc și, la nivelul unde am făcut punctia, aplicăm un emplastru cu vată. Produsul aspirat are culoarea roșie, cu vâscozitatea mai mare decât a sângelui, datorită micilor flocoane de grăsimi ce conține. Dacă în urma rupturii capilarelor, produsul este un amestec bogat în sânge, nu se deosebește de sângele circulant.

Pentru a împiedeca coagularea în siringă, produsul aspirat se întinde cât mai repede posibil pe o lamă uscată, degresată, și se colorează — ca și sângele periferic — cu *May-Grünwald-Giemsa*. Din cauza conținutului de flocoane, repartizarea celulelor în preparatul istologic nu este uniformă.

Mielograma normală.

Formula măduvei osoase, sau mielograma, are un aspect polimorf ca și formula sanghină. Citologia măduvei este caracterizată prin o bogăție de elemente tinere din seria mieloidă și eritroblastică, care nu se găsesc în sângele circulant.

Mielograma normală are cele mai variate elemente. Din seria granulocitară, găsim toată gama de celule tinere din care derivă polinuclearele: *mieloblastii*, *promielociții*, *mielociții*, *metamielociții* și într'un procent redus — *celulele nediferențiate*. Seria eritroblastică este reprezentată prin normoblasti, eritroblasti, megaloblasti.

În măduva osoasă există și elemente negranulate: limfociți, monociti, celule plasmatică, reticulare și megacariociti.

Aceste celule se întâlnesc în mielograma normală repartizate într'un raport variat din cauza amestecului neuniform și a repartizării desordonate a celulelor pe lamă. Amestecul de sânge cu substanță medulară deranjează de asemenea echilibrul între diferitele elemente. Raportul între diferitele categorii de celule, în mielograme normale, este deci aproximativ. Acest fapt împiedică stabilirea unei scheme exacte de mielogramă normală. Variația în procente am constatat-o și noi în 25 cazuri normale, fără leziuni în sfera aparatului emato-poetic.

TABLOUL I.

Nr. curent	POLINUCLEARE			METAMIELOCIȚI			MIELOCIȚI			Promielociți	Mieloblasti	Ferrata	Limfociți	Monociti	Reticulare	Plasmatică	Megaloblasti	Eritroblasti	Normoblasti
	Neutrofili	eosinofili	bazofili	Neutrofili	eosinofili	bazofili	Neutrofili	eosinofili	bazofili										
1	24	0,5	—	12	—	—	17	0,5	—	2	—	1	3	1	—	—	—	8	31
2	30	—	—	16	—	—	15	1	1	1	—	—	—	2	1	1	—	7	25
3	35	1	—	8	1	—	7	4	—	0,5	—	0,5	—	—	1	—	—	6	31
4	51	2	—	15	—	—	12	1	—	5	—	—	3	—	—	—	—	1	10
5	32	—	—	16	—	—	13	—	—	8	2	1	—	1	—	—	—	6	21
6	31	0,5	—	14	—	0,5	27	—	2	5	—	—	3	—	—	—	—	3	14
7	20	—	1	10	1	—	12	—	1	2	1	—	—	2	1	3	—	12	34
8	33	—	—	14	2	—	13	3	1	5	1	—	2	—	—	—	—	4	22
9	33	—	—	17	1	—	12	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	13	15
10	31	1	—	15	0,5	—	19	0,5	—	6	1	—	2	—	—	5	—	4	17
11	28	—	—	9	—	—	16	2	1	5	0,5	—	—	—	3	—	—	8	28
12	42	—	—	12	—	—	10	2	—	3	—	1	—	2	—	—	—	10	18
13	27	2	—	10	1	—	12	—	—	2	—	—	8	—	2	3	—	7	24
14	37	1	—	10	—	—	12	—	1	1	1	—	1	1	—	—	—	8	23
15	17	—	—	12	—	1	18	—	1	9	—	—	2	1	1	1	1	14	22
16	38	—	1	12	—	—	15	—	—	7	2	—	2	2	—	1	—	7	11
17	42	2	—	6	—	—	12	—	—	2	1	—	11	5	—	—	—	7	15
18	24	0,5	—	22	1	—	26	—	—	4	—	0,5	—	—	1	—	—	6	16
19	23	0,5	—	12	0,5	—	12	0,5	—	2	1	—	0,5	0,5	1	—	1	19	26
20	42	1	—	8	—	—	7	0,5	1	2	1	—	20	1	—	—	—	0,5	16
21	19	1	1	16	—	—	19	—	—	5	1	—	4	3	1	2	—	12	16
22	22	—	—	11	3	—	17	3	—	2	1	—	13	1	1	2	—	12	15
23	19	2	—	18	2	1	19	2	2	4	—	—	0,5	—	0,5	2	1	13	16
24	20	3	—	22	—	—	21	5	—	4	—	—	2	—	—	3	—	4	16
25	56	5	—	4	2	—	8	1	—	2	—	—	10	—	—	1	—	1	10

Mielograma în cele 25 cazuri nu prezintă variații evidente.

Comparând statisticele publicate de diferiți autori cu datele noastre, nu găsim diferențe prea mari. Sunt autori care interpretează ca normale și procentele mai ridicate din anumite grupuri de celule. *Templa* și *Braun*, semnalează existența mieloblaștilor până la 7%. După *Weil*, 30—25% mielociti se consideră tot ca o reacție normală a măduvei.

Este deci unanimă părerea că variația procentului este destul de evidentă în mielograma normală. Pentru a avea rezultat real trebuie să stabilim procentualitatea mielogramelor citind 300—500 elemente. În cazuri dubioase repetăm punctia în etaje diferite ale sternului.

Mielograma în stări patologice.

Cu toate oscilațiile în proporția elementelor medulare în cazuri normale, avem posibilitatea de-a face diagnosticul diferitelor afecțiuni sanghine. O stare patologică este indicată de imaginea mielogramelor, atunci când găsim o schimbare profundă în echilibrul celular, fie prin înmulțirea, fie prin diminuarea sau dispariția diferitelor grupuri de elemente.

Proporția normală 3:1 până la 5:1 între seria granulocitară și seria eritroblastică se modifică în cazuri patologice (anemii) în proporția de 1:2 sau chiar invers față de normal.

În leucemia limfatică și aplazia măduvei osoase, raportul între granulocite și elementele seriei lhaline este de asemenea schimbat.

Mielograma poate reflecta o stare patologică și atunci când găsim elemente anormale. Celulele patologice se întâlnesc rar (celulele *Stenberg* în limfogranulomatoză, celula lui *Gaucher* și în fine celulele canceroase în cazuri de metastaze osoase).

Mielograma în leucemiile acute.

Lucrările apărute până în prezent demonstrează importanța și valoarea punctiei sternale în diagnosticul leucemiilor acute.

Cazistica noastră prin observațiunile pe care le descriem aduce o contribuție modestă la studiul și variația mielogramelor în diferitele forme de leucemii.

Mielograma în leucemia mieloidă acută. În formele tipice de leucemie mieloidă acută, mielograma verifică numai diagnosticul care se stabilește ușor din simptomatologia clinică și prezența elementelor tinere în tabloul sanguin.

Survina însă forme atipice a căror diagnostic clinic este dubios, lipsind și elementele granulocitare din formula emogramelor. Diagnosticul diferențial îl facem cu septicemiile, trombopeniile, diatezele emoragice, anemiile aplastice etc. Imaginea măduvei sternale în aceste cazuri este hotărâtoare.

În cele 6 cazuri observate în clinică, mielograma este caracterizată prin o bogăție de celule tinere îngrămădite una lângă alta. Numărul mieloblaștilor este foarte mare 70—90%, celelalte elemente din seria mieloidă fiind reduse. În unele cazuri am verificat observația făcută de *Naegeli*, procentul polinuclearelor întrecând elementele intermediare. Din punct de vedere morfologic, mieloblaștii nu au în toate cazurile aspect identic. Sunt forme în care aceste elemente tinere au dimensiuni mari, cu nucleu voluminos, conținând nucleoli. Protoplasma nu e prea abundentă, are focare vacuolare. Se observă numeroase figuri de mitoze. Elementele din seria eritroblastică și limfocitară sunt aproape dispărute. Acest tablou microscopic denotă transformarea țesutului medular într-o masă de țesut proliferativ leucemic.

Obs. I. E. S. 48 ani. De 1 săptămână dureri la nivelul gingiilor, ascensiuni febrile și debilitate progresivă. Un medic îi face diagnosticul de supurație dentară. I se extrag 6 dinți, după care prezintă emoragie gingivală și epistaxă. De 2 săptămâni observă pe corp pete sanghinolente discrete. Temperatura oscilează între 37,5—38,5, devine anemic, forța musculară diminuată, are o stare generală proastă. Este trimis în clinică cu diagnosticul de septicemie de origine dentară. Examenul sanghin: leucocite 3600, polinucleare neutrofile 56%, polinucleare eosinofile 6%, polinucleare bazofile 2%, elemente mononucleare 32%, normoblaști 3%, *C. Turk* 1%. Timpul de sângerare 8 minute. Timpul de coagulare 15 minute. Retracția chiagului întârziată. Semnul lui *Rumpel* — *Leede* pozitiv. Trombociti 30.000. Globule roșii 2.500.000. Emoglobină 50% (*Hellige*). Valoarea globulară 1,25.

Splina mărită la percuție. La inspirație profundă se palpează polul inferior. Ganglionii măriți, nu se pun în evidență. Radioscopia maxilarului inferior și a dinților, arată osteoporoza pronunțată și decalcifiere la nivelul calotei.

Mielograma: Polinucleare neutrofile 0,5%; Metamielociti neutrofili 0,5%; Promielociti 6%; Mieloblaști 93%; Normoblaști 3%; Numeroase mitoze.

Imaginea măduvei osoase cu 93% mieloblaști, ne permite să facem diagnostic de leucemie acută. După 6 zile constatăm și în tabloul periferic elemente tinere din seria mieloidă, ceea ce confirmă diagnosticul făcut prin punctia sternală. Dimensiunile splinei au crescut.

Obs. II. K. I. de 25 ani. De 4 săptămâni dureri la nivelul maxilarelor, stomatită, febră, ușoară debilitate. I s'a recomandat să extragă 3 dinți, după care s'au prezentat emoragii gingivale. Temperatura oscilează între 38,5—39,5. Bolnavul se simte slăbit, temperatura crește. Cu diagnosticul de septicemie de origine dentară, este îndrumat în clinica noastră. Splina, ficatul, între limitele normale.

Leucocite 4000; Globule roșii 2.000.000; Emoglobină 23% (*Hellige*).

Mielograma: Polinucleare neutrofile 60; Polinucleare eosinofile 3; Polinucleare bazofile 2; Mononucleare 32; Metamielociti neutrofili 3%; Mielociti neutrofili 7%; Mielociti bazofili 2%; Mielociti eosinofili 3%; Promielociti 2%; Mieloblaști 69%; Eritroblaști 6%; Normoblaști 2%; Numeroase mitoze.

Aceste două cazuri au evoluat sub masca septicemiei dentare cu anemie. Prin punctia sternală am stabilit diagnosticul cu destulă ușurință și rapiditate.

Sunt forme de leucemii acute cu elemente atipice, mieloblaști asemănători monocitelor. Protoplasma e clară, nucleul incurbat. Lipsa nucleelor și prezența granulațiilor azurofile sunt elemente importante pentru diagnosticul diferențial. Altele, evidențiem elemente mici atipice, cu protoplasma redusă, cu nucleul spongios care se confundă foarte ușor cu limfocitul. Confuzia este și mai mare dacă se găsesc elemente identice și la periferie, cum am întâlnit în două din cazurile noastre. Diagnosticul diferențial se impune între leucemia limfatică și o stare septică cu reacție limfocitară.

Obs. III. O. I. D. de 40 ani. Boala datează de 7 luni. A debutat brusc, cu febră de 39 grade, frison, stare de oboseală, astenie, vărsături bilioase. Este internat și tratat într'un spital, cu diagnosticul de febră tifoidă. Reacțiile serologice au fost însă negative. Pentru starea de astenie, slăbire progresivă consultă și alte servicii spitalicești, fără să i se poată stabili diagnosticul. Cu aceste fenomene este îndrumat la noi în 10 Oct. 1938. Temperatura oscilează între 38,6—39,8; pulsul relativ bradicardic. Ficatul sensibil — depășește falsele coaste cu trei degete. Splina între limite normale. Examenul sanguin: globule roșii 1.800.000, emoglobina 32% (Hellige), leucocite 3200. Polinucleare neutrofile 38%, elemente mononucleare 52%, monocite 2%, normoblaști 8%.

Mielograma: 83%; Mielociți neutrofili 3%; Promielociți 3%; Celule Ferrata 1%; Eritroblaști 2%; Normoblaști 8%.

Revăzând tabloul sanguin am constatat că o parte din elementele considerate ca mononucleare erau mieloblaști atipici, care se aseamănă cu cei din punctia sternală. Prezența elementelor mieleide mai adulte în mielogramă, indică caracterul mieloid al leucemiei.

Repetând tabloul sanguin după două săptămâni, observăm că în sângele periferic găsim elemente tinere mieleide. După cinci-sprezece zile bolnavul sucombă.

Obs. IV. C. Cornel 25 ani. De o săptămână dureri puternice în etajul superior abdominal, migrenă, ascensiuni febrile până la 40 grade. În zilele următoare devine mai slăbit, are mici epistaxe. Splina se palpează la inspirație profundă; micropoliadenopatie în regiunea cervicală, axilară, inghinală.

Leucocite 3200; Tablou sanghin normal.

Mielograma: Polinucleare neutrofile 3%; Polinucleare eozinofile 2%; Metamielociți neutrofili 1%; Mielociți neutrofili 2%; Promielociți 3%; Mieloblaști 89%.

Imaginea mielogramei indică diagnosticul de leucemie acută.

Sunt forme de leucemii aleucemice subacute, camuflete de tabloul clinic al anemiei progresive. În simptomatologia acestor cazuri, nu găsim stare infecțioasă, febră, stomatită gangrenoasă, tendință la emoragii. La doi dintre bolnavii noștri numărul leucocitelor a fost normal, echilibrul leucocitar din tabloul sanguin puțin modificat. Au lipsit elementele tinere, probabil din cauza turburărilor cari împiedică maturarea celulelor.

Aceste forme clinice atipice se pot diagnostica numai cu ajutorul punctiei sternale. Imaginea mielogramei în ambele cazuri a avut aspect iperplastic caracteristic.

Leucemia limfatică acută. Leucemia limfatică acută se întâlnește foarte rar. În formele aleucemice, mielograma este suverană în precizarea diagnosticului. Vom constata un tablou monoton de elemente lălele cu nucleu închis și protoplasmă caracteristică. Procentul cel mare îl formează însă limfoblaștii, 50—80%. Pre-

zența câtorva polinucleare, sau foarte rare elemente din seria roșii, ori mieloidă nu exclude diagnosticul de leucemie limfatică. În decursul celor patru ani cât am studiat punctia sternală nu am întâlnit niciun caz de leucemie limfatică acută. Unii autori îl contestă existența.

Leucemii acute nediferențiate. În observațiunile noastre am întâlnit cazuri de leucemii acute în care nu am putut stabili caracterul morfologic al elementelor tinere. Aceste forme sunt cunoscute sub numirea de leucemii acute nediferențiate. Sunt autori ca Naegeli, care etichetează toate leucemiile acute ca fiind de origine mieloidă. Arneth le atribuie o natură limfatică. S'a făcut apel la reacția de oxidase, dar nici această metodă nu este sigură, fiind pozitivă într'un număr restrâns de cazuri.

În general, în unele leucemii acute, nici simptomatologia clinică nici tabloul sanguin nu poate preciza diagnosticul. Găsim în sângele periferic, elemente mononucleare atipice, foarte greu de interpretat. Chiar dacă se presupune existența unui proces leucemic, delimitarea între forma mieloidă și cea limfoidă este greu de făcut.

De aceea autorii se mulțumesc numai cu diagnosticul de leucemie acută sau leucoblastoză. Singurul criteriu de diagnostic în aceste forme de leucemii acute, nediferențiate, poate fi punctia sternală.

Imaginea mielogramei este monotonă, formată numai din elemente foarte tinere. Ca aspect morfologic sunt celule mici cu protoplasma redusă și nucleul asemănător cu al limfocitului, conține nucleoli. Aceste elemente tinere au fost numite limfocitoidi, după *Pa-penheim*.

Caracterul mieloid al măduvei îl indică numai prezența de rari mieloblaști atipici sau patologici: figuri citologice anormale, celule mari cari și-au pierdut potențialul de diferențiere. Au structura nucleului caracteristică, cu abundență de nucleoli și protoplasma bazofilă, ca la mieloblaști. *Naegeli* îl numește paramieloblaști. Proveniența lor, după acest autor, ar fi datorită unei maturări anarhice, fiind elemente avortate.

Obs. V. Fetiță în etate de 8 ani, este îndrumată la Clinica Infanțilă pentru o stare infecțioasă, ascensiuni febrile, stomatită emoragică, fenomene cari datează de 4 săptămâni. În regiunile cervicale, axilare, inghinale, se palpează ganglioni de dimensiuni cât o boabă de porumb sau nucă. Ficatul și splina depășesc falsele coaste cu 3 degete.

Leucocite 8000. Tabloul sanguin: Polinucleare 29%, polinucleare eozinofile 1%, monocite 5%, elemente etichetate de limfocite 65%.

Cu diagnosticul de sindrom *Mikulitz* este trimisă la Clinica Medicală pentru a i se preciza diagnosticul prin punctie sternală.

Mielograma: Polinucleare neutrofile 1%; Limfocite 2%; Celule nediferențiate 96%; Celule Ferrata 1%. Foarte multe elemente în diviziune.

Lipsa elementelor mai adulte din seria mieloidă sau limfatică ne permite să facem diagnosticul de leucemie acută nediferențiată.

Obs. VI. V. A. 23 ani. Vine în clinică pentru ascensiuni febrile, slăbire în forța fizică, emoragii gingivale și epistaxă. Splina și ficatul discret mărite. Emograma fără elemente patologice.

Mielograma: Polinucleare neutrofile 2%; Celule nediferențiate 96%; Celule Ferrata 2%; Eritroblaști 2%.

Stabilim diagnosticul de leucemie acută nediferențiată.

Leucemia mieloidă cronică. În leucemia mieloidă cronică, punctia sternală nu are valoare diagnostică, tabloul clinic și hematologic fiind destul de caracteristic. Mielograma confirmă numai diagnosticul și dă posibilitatea de a observa transformările survenite la nivelul măduvei osoase, semnalând recidivele și prognosticul.

În cele zece cazuri de leucemii mieloidă observate de noi, am constatat imaginea mielogramelor caracterizată printr'un număr mare de elemente tinere și variate. Pe oricare câmp microscopic se observă aspectul tipic de îngrămădire excesivă a elementelor tinere și bogăția de mitoze. Polimorfismul celulelor se menține. Iperplazia elementelor granulate — în special al mielocitelor — la 40—60%. Numărul mieloblaștilor este mai ridicat ca la mielograma normală. Procentul ridicat de mieloblaști indică o fază înaintată sau o formă de evoluție mai rapidă, având prognostic serios. Această constatare nu trebuie neglijată, impunând și atitudinea terapeutică de a opri iradiția. O altă caracteristică a mielogramelor este prezența într'un procent mai mare a eozinofilelor, în special a bazofilelor. Procentul lor l-am văzut accentuat după radoterapie. Elementele din seria eritroblastică sunt diminuate. Acest fapt ar putea să explice cauza anemiei survenite în leucemii.

Celulele plasmatice nu au fost prezente în toate cazurile. În câteva cazuri semnalăm un procent mărit de megacariocite.

Punctia sternală trebuie repetată în formele incipiente și recidivante, deoarece elementele tinere apar mult mai rapid la centru decât la periferie. Acest fapt constituie un criteriu de orientare în reluarea tratamentului, care trebuie să fie cât se poate de activ și precoce.

În unele cazuri de leucemii subleucemice, punctia este negativă din cauza sclerozării țesutului osos și distrugerii substanței medulare. În aceste forme, radioterapia este contraindicată, pentru a evita sindromul agranulocitozel.

Punctia sternală ne oferă mari servicii în diagnosticul leucemiilor cronice aleucemice.

Sunt forme de leucemii cronice a căror tablou clinic se rezumă la sindromul anemic cu sau fără splenomegalie. Pachetele mici ganglionare pot fi prezente sau absente, temperatura și numărul globulelor albe normale. Echilibrul leucocitar în emogramă este aproape

normal. Uneori găsim promielocite 1%—2%. Tabloul clinic imită, de cele mai multe ori, sindromul Banti, care evoluează lent cu ușoară anemie progresivă și leucopenie, cum a fost și la unul din bolnavii noștri.

În aceste cazuri, numai mielograma poate soluționa în mod precis diagnosticul. Procesul hiperplastic interesează centrul, fără ca la periferie să fie aruncate elemente tinere. Formula mielogramelor este tipică, ca în toate tablourile de leucemii. Cunoașterea acestor forme clinice este importantă pentru a nu face greșeli de diagnostic și tratament.

Leucemia limfatică cronică. Punctia sternală nu are valoare prea mare, simptomele clinice și hematologice fiind destul de caracteristice. În cele cinci cazuri observate, mielograma indică hiperplazia manifestă a măduvei cu elemente hialine limfocitare. Câmpul microscopic este uniform, monoton, compus exclusiv din limfocite adulți, tineri și limfoblaști 70—90%. Elementele mieloidă și eritroblastice sunt aproape dispărute. Mielograma însă este prețioasă în diagnosticul formelor incipiente. Diagnosticul diferențial se face cu afecțiunile în care găsim limfocitoză relativă în sângele periferic. Dacă limfocitoza este asociată de adenopatie ca în limfogranulomatoză, limfosarcomatoză sau tuberculoza ganglionară, diagnosticul diferențial cu leucemia limfatică incipientă este și mai dificil. Punctia sternală exclude în aceste cazuri procesele hiperplastice medulare.

Importanța practică a punctiei reiese și în cazurile de limfadenoză aleucemică, afecțiune care poate fi săracă în semne clinice. Tabloul clinic se reduce la sindromul anemiei hipocrome, leucopenie cu ușoară limfocitoză. Ganglionii și splenomegalia lipsesc sau sunt discreți. Mielograma este caracteristică și ne oferă un tablou uniform, compus din elemente hialine din seria limfocitară. Procentul limfocitelor adulți sau a prolimfocitelor domină în câmpul microscopic. Se disting însă și o serie de elemente tinere, limfoblaști a căror procent este în funcție de evoluția afecțiunii.

Prezența lor în număr mare imprimă un prognostic serios. Elementele din seria mieloidă și seria roșie sunt foarte rare.

Obs. VII. P. I. 70 ani. Consultă clinica pentru oboseală, inapetență, dureri de cap, amețeli și văiuțuri de urechi. T. A. egal 20, 9 (V. L.).

La examenul obiectiv ficatul între limitele normale, splina se palpează la inspirație profundă; ganglionii nu sunt măriți. Globule roșii 3,250 000, hemoglobină 55%, leucocite 7000. Polinucleare neutrofile 56%, limfocite 43%, monocite 1%.

Mielograma: Polinucleare neutrofile 17%; Metamielocite neutrofile 7%; Metamielocite eozinofile 1%; Mielocite neutrofile 9%; Mielocite bazofile 1%; Limfocite 56%; Monocite 1%; Celule plasmatice 1%.

Obs. VIII. M. P. 60 ani. De un an observă tumefierea progresivă a ganglionilor cervicali și axilari. De două luni este dispneizant la efort, tușește, expectorează spută muco-purulentă. În ultimul timp, fenomenele s-au agravat, prezentând edeme la

extremitățile inferioare. Ex. obiectiv: pachete ganglionare de mărimea unor nuci, în regiunea cervicală, axilară, inghinală. Asupra pulmonului se constată raluri de bronșită. Radioscopic desen hilar și perihilar mai accentuat.

Splina, ficatul depășesc falsele coaste cu două degete. Globule roșii 2,800.000, emoglobina 40%, leucocite 7600. Polinucleare neutrofile 47%, limfociti 45%, monociti 5%, eozinofile 2%, bazofile 1%.

Mielograma: Polinucleare neutrofile 2%; Polinucleare eozinofile 0,5%; Metamielociti neutrofilii 0,5%; Limfociti 64%; Limfoblaști 27%; Eritroblaști 2%; Normoblaști 4%.

Cu ajutorul puncției sternale modificăm diagnosticul clinic de tuberculoză pulmonară, ganglionară, în leucemie limfatică aleucemică.

Obs. IX. B. O. de 52 ani. De câteva luni bolnavul este tratat într'un sanatoriu din localitate pentru o leziune nazală, laringiană și anemie cu ușoară limfocitoză. Globule roșii 2,000.000, emoglobina 40%, leucocite 4400.

Mielograma: Polinucleare neutrofile 2%; Mielociti neutrofilii 1%; Mielociti eozinofilii 1%; Limfociti 76%; Limfoblaști 16%; Normoblaști 1%.

Și în acest caz mielograma precizează diagnosticul de leucemie limfatică aleucemică.

Puncția sternală ne dă posibilitatea să facem diagnosticul diferențial între leucemie și stare leucemoidă, favorizată de infecțiunile grave, intoxicațiunile și reacții anafilactice. Măduva osoasă având o funcție mielo-eritroblastică, reacționează în aceste stări printr'o ușoară reacție leucemoidă, în majoritatea cazurilor.

Proporția elementelor însă nu este prea mult deranjată. În septicemiile grave, reacția poate fi mai evidentă, limita dintre această stare și leucemia incipientă fiind greu de stabilit. Un simptom important este lipsa hiatusului leucemic, atât de caracteristic leucemiilor acute și prezența neutrofiliei evidente în tabloul sanguin. În cazurile dubioase, cu ajutorul puncției cuplate confirmăm sau excludem procesele de metaplasii leucemice la nivelul celorlalte organe hematopoetice.

Reacțiunile leucemoidale mai găsim în agranulocitoză și panmielopatie. În formele ușoare, măduva trimite la periferie elemente tinere mieloblaști, mielociti, ca și în cazurile de leucemie. Puncția sternală este caracteristică, măduva recoltată fiind foarte săracă în elemente, conținând picături de grăsimi.

În rezumat putem să spunem că puncția sternală ne-a permis să separăm sindrome leucemice de tabloul clinic asemănătoare, de stări pseudoleucemice. Cele 26 de cazuri descrise ilustrează progresul care s'a realizat în diagnosticul leucemiilor prin explorarea măduvei osoase.

CLINICA MEDICALĂ I DIN CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. Iuliu Hațieganu

(Continuare în Nr-ul viitor)

Fistulizarea temporară a intestinului subțire în ileusul peritonitic. În legătură cu un caz de leziuni intestinale latente prin schije și peritonită localizată și cu 4 cazuri de ileus peritonitic postapendicular*)

de

Dr. Ioan Danicico, medic primar

Întâl voi reda observația unui soldat rănit de războiu, ca fiind foarte instructivă.

Obs. Nr. 29/1941. Sold. M. I. 23 ani, Regt. 1 Vânători. Rănit la 12 Sept. 1941 în luptele de la Odessa de schije multiple la față, abdomen și coapsă cu arsuri de grad II în aceste regiuni. A fost pansat la Postul de prim-ajutor batalionar, apoi la Amb. Div., de unde a fost trimis la Spit. Boldescu din Ploiești. După un tratament de 3 săptămâni în spitalul Boldescu este evacuat, pe data de 5 Oct. 1941, la Spitalul Dr. I. Costinescu din Oravița.

Leziunile la această dată se prezintă după cum urmează:

Plăgile de pe față și abdomen vindecate; plăgile de pe coapse sunt superficiale, granulează. Dacă starea locală este cât se poate de mulțumitoare, în schimb starea generală lasă de dorit. Soldatul e inapetent, indispus, se plânge de vagi dureri abdominale și este relativ slăbit. Și de fapt după o ședere de o săptămână în spitalul nostru plăgile se vindecă. În schimb nimic nu se dă de bănuț că în dosul cicatricelor minuscule de pe peretele

abdominal, se petrece un proces care ne va da multă bătaie de cap.

La data de 12 Oct. 1941, exact o lună dela rănire, turburările abdominale vagi, mai susmenționate, se pronunță și depistând o durere vie în punctul apendicular și o leucocitoză de 14.000 stabilim diagnosticul de apendicită. Intervenim (Dr. Danicico), în aceeași zi sub anestezie rachidiană. La intervenție găsim un apendice net inflammat, pe care anatomopatologic îl putem eticheta drept apendicită acută purulentă. Dar ceea ce mai constatăm este prezența de lichid serocitrin. Dată fiind starea generală a bolnavului, — o constituție debilă și emaciarea bolnavului, — prezența lichidului o interpretăm ca fiind de natură bacilară. Închidem plaga din fosa iliacă dreaptă complet.

Mers post operator: timp de 6 zile se pare a fi normal; plaga evoluează normal.

În ziua a 7-a după operație însă, bolnavul prezintă din nou dureri abdominale, se balonează și prezintă vărsături. Toate fenomenele pledează pentru ileus. Și de fapt controlul sub ecran

*) Lucrare comunicată la Congresul de Chirurgie de Războiu din Iași, Februarie 1942.

ne arată prezența a multiple nivele de lichid, cuiburi de rându-nică, situate în jumătatea stângă a abdomenului. Dar surpriza mare a fost că tot în partea aceasta a abdomenului am constatat prezența a două schije de mărimea unor boabe de fasole, corpi străini de existența cărora cicatricile abdominale minuscule vindecate nu ne avertizau suficient. Diagnosticul de ileus prin peritonită, pe bază de corpi străini intra abdominali, era probabil. Laparatomia mediană se impunea.

Intervenim (Dr. I. Danico), sub anestezie cu Evipan, în ziua de 20 Oct. 1941 orele 20. Laparatomia mediană subombilicală ne pune în evidență prezența unui ileus destul de evoluat, provocat de blocarea intestinului subțire în porțiunea lui terminală, cam la 20 cm de terminarea lui, pe o distanță de vreo 70—80 cm, în hipogastriu și fosa iliacă stângă. Intreg acest bloc aderă atât de peretele abdominal anterior, cât și de cel posterior: vreo 2 bride mai mari pot fi secționate; blocul însă nu poate fi degajat. În fața acestui tablou se impuneau doar două soluții; sau o anastomoză între intestinul subțire și colon, sau o enterostomie. Dată fiind starea precară a bolnavului și ansa intestinală aferentă foarte dilatată, o ileocoloanastomoză ar fi fost foarte șocantă, iar reușita problematică. Ne oprim deci la soluția antero-stomie. Aceasta cu atât mai mult cu cât, două din bridele mai importante au putut fi secționate, bride cari credem că au avut rol însemnat în determinarea ileusului acut. Realizăm ileostomia pe ansa aferentă după procedeul Witzel, fixând ansa într-o plagă de contraincizie în fosa iliacă stg. În plaga medaină aplicăm până în Douglas un drenaj Mikulitz, închizând plaga în rest.

Evoluția post operatorie n'a fost tocmai simplă: drenajul prin fistula Witzel n'a fost suficient, așa că în ziua de 24 Oct. 1941 a trebuit să creiem o fistulă liberă suprimând sonda Nalaton care nu drena. Dela această dată însă evoluția este foarte favorabilă. Pe data de 10 Nov. 1941, la 20 zile dela leparatomie, suprimăm complet orice drenaj. La această dată fistula intestinală perzistă, bolnavul însă are și evacuare normală. La 30 zile după operație fistula necesită numai un pansament la 24 ore. Tot timpul pe tegumentele din jurul fistulei și pe fistulă aplicăm cărbune animal, practică care previne și combate exematizarea tegumentelor. La 10 zile dela aplicarea fistulei abdominale, aceasta este complet închisă. Starea generală la rândul său se reface surprinzător de repede, astfel că bolnavul chiar cu a 20-a zi dela operație se scoală și se alimentează normal.

Controlul pasajului făcut la data de 9 Ian. 1942 ne dă următorul rezultat: Nivele de lichid în intestinul subțire nu se mai observă; nicăiri pe traectul intestinului subțire în primele 6 ore nu se observă o aglomerare de substanță radioopacă care să ne dea de bănuț.

Aceasta constituie observația soldatului nostru, salvat, credem, grație fistulizării intestinului subțire. E un caz tipic de peritonită circumscriasă dezvoltată pe leziuni provocate de două schije pătrunse în abdomen și rămase latente timp mai bine de o lună. Intervenția noastră a fost minimă: Am respectat barajul natural, secționând doar două bride, am aplicat un drenaj Mikulitz în imediata apropiere a focarului peritoneal și am instituit apoi o fistulă Witzel pentru ca să dăm posibilitatea intestinului subțire să se degajeze de excesul de gaze și materii; aceasta din urmă nefuncționând satisfăcător, în ziua a 4-a a fost nevoie să o transformăm în fistulă directă. Pansamentul cu praf de cărbune după Grueter-Orator, ne-a ușurat mult sarcina tratamentului post operator.

Fistulizarea Intestinului subțire în ileusul de peritonită generalizată sau localizată, în ileusurile peritonitice postoperatorii în special, este după cum spune și P. Duval, o problemă care se discută dela Nelaton și până în vremurile noastre.

Universitatea Iașului, prin unul din elevii săi, prin d-l Dr. Neculai David, de curând, în anul 1939, a provocat, la Academia de chirurgie din Paris una din cele mai frumoase și aș spune mai utile discuții asupra acestel probleme. D-l Doctor David, ca de altfel raportorul comunicării, d-l Alglave, pe baza observațiilor clinice, ca și pe baza experienței întreprinse pe animale, au putut arăta că derivața totală a Intestinului subțire (anus contra naturii a Intestinului subțire) duce la casexie și moarte, cu atât mai rapidă (4—11 zile), cu cât fistula e mai sus situată. Dar, așa cum a ținut să accentueze și Alglave, această concluzie se referă numai la derivața totală a Intestinului subțire. Și ea nu e valabilă nici pentru toate cazurile de derivața totală a Intestinului subțire întâlnite pe om: cazul citat de Picot al unei fetițe care dela vârsta de 3 ani până la vârsta de 8 ani a suportat 16 fistule intestinale derivând complet Intestinul subțire, ca apoi printr-o anastomoză să poată fi salvată, ca și cazurile multiple de derivațe totală ce aplică Americanii în colita ulcerohemoragică, constituie exemple palpabile că la om lucrurile stau altfel. Iar cât privește derivața parțială, fistulizarea Intestinului, în ileusul peritoneal, problemă asupra căreia au alunecat, în mod foarte util de altfel. Iar cât privește derivața parțială, fistulizarea Intestinului, în ileusul peritoneal, problemă asupra căreia au alunecat, în mod foarte util de altfel, discuțiile în legătură cu comunicarea Doctorului David, concluzia generală, ce se degajează este că, ea este foarte utilă și foarte oportună în special în cazurile de *aglutinare de intestine* și când derivața internă nu poate fi făcută; fistula astfel creată se va închide spontan ordecâteori am reușit să atenuăm obstacolul, prin drenaj, așa cum am făcut și noi; iar în cazuri în cari nu reușim să învingem obstacolul, bolnavul trebuie operat înainte de a se cașectiza. Exulcerația tegumentelor nu constituie un obstacol, fiindcă aceste plăgi macerate nu sunt septice (Rohuler).

„Nu trebuie să derutăm pe chirurgul care se găsește în fața unui caz dificil, la limita resurselor de rezistență a pacientului, de a recurge la acest minunat mijloc de salvare, „sunt cuvintele pe cari Picot le-a pronunțat în apărarea tezel fistulizării, a derivaței parțiale, a intestinului subțire.

Alături de Picot, au pladat în același sens Lar-denols, Rouhler, Bocq, Brechot, P. Duval.

Aceste discuții de o linie intelectuală înaltă, provocate de Doctorul David, au fost punctul de plecare

a primelor noastre cazuri salvate prin ileostomie. Căci trebuie să mărturisim că soldatul citat este al 5-lea la număr salvat dela anul 1939 încoace, prin derivația parțială a intestinului subțire. Cu titlu de document redăm observațiile noastre în mod cronologic.

Obs. 1023 C. I. 23 ani, muncitor, operat la data de 19 Mai 1941 pentru apendicită gangrenoasă perforată cu peritonită generalizată, după o evoluție de 48 ore; apendicectomie, drenaj în Douglas și laterocolic ascendent cu tuburi și meșe; ser antiperitonitic intraperitoneal (20 cc.) și ser antiperitonitic intramuscular (Dr. Copăceanu, Dr. Bârle).

Mers post operator: în 5 zile febra scade la normal. Alte 12 zile totul pare a evolua normal, drenajul se suprimă în mod treptat. În ziua 18-a dela operație fenomene nete de ileus. Intervenim în 2/VI 1941, sub anestezie rachidiană (Dr. Danicico, Dr. Copăceanu) prin laparatomie mediană subombilicală și găsim anse intestinale dilatate, acoperite cu false membrane și pe alocurea simfizate. Se secționează bridele mai evidente. Ne fiind siguri că prin aceasta cazul ar fi rezolvat, fixăm în plagă o ansă mai dilatată și aplicăm pe ea o fistulă Witzel. Drenăm în plus cu Mikulitz în Douglas. Închidem plaga în rest. Mersul post operator fără complicații. În 10 zile se suprimă și drenajul Mikulitz și sonda din fistulă Witzel. Iar la 23 zile după cea de a doua operație bolnavul părăsește serviciul vindecat.

Obs. 1163/1941 F. A. 19 ani. Intră în spital în ziua de 4/VI 1941 și se stabilește diagnosticul de apendicită acută perforată cu peritonită generalizată pe o apendicită evoluând de 48 ore. Este operat de urgență sub anestezie rachidiană în aceeași zi făcându-se apendicectomie și drenaj prin incizia Roux atât laterocec al ascendent, cât și în Douglas, cu tub și meșă. Ser antiperitonitic în cavitatea abdominală (20 cc.) și intramuscular (20 cc.) (Dr. M. Teșoiu, Dr. M. Copăceanu).

Mersul postoperator, deși plaga e bine drenată, este plin de accidente. Întâi timp de 11 zile febra nu scade complet și oscilează între 37,6 și 39. Cum însă în timpul acesta constatăm și prezența unei congestii pleuro-pulmonare stg., atribuim acestei complicații această evoluție febrilă, când în ziua de 16/VI 1941, în a 13 zi de evoluție post operatorie, se prezintă semne de ileus, confirmat și la radioscopie.

Intervenim în aceeași zi, 16/VI 1941, sub anestezie generală cu Evipan, prin laparatomie mediană subombilicală (Dr. I. Danicico, Dr. M. Teșoiu). Găsim intestinul subțire dilatat și plin de aderențe. În fața acestui tablou decidem și executăm fistulizarea unei anse aferente dilatate după procedeul Witzel, menținând drenajul din fosa iliacă dr.

După această intervenție fenomenele de ileus se amendează, persistă însă febra. În ziua a 16-a dela apendicectomie și ziua a 3-a dela fistulizarea intestinului incizăm și Douglasul, prin rect, și drenăm colecția formată în Douglas, ceea ce reduce la normal febra.

Fistula intestinală se închide spontan în 20 de zile dela instituirea și drenajul din fosa iliacă dr. se suprimă pe ziua de 20 Iulie. La 9 August bolnavul părăsește spitalul cu o plagă superficială la nivelul plăgii din hipogastru.

Obs. Nr. 1416 C. M., fetiță în vârstă de 2½ ani. Intră în spital în ziua de 14/VII 1941. Se stabilește diagnosticul de apendicită perforată cu peritonită generalizată (temp. 39, leucocitoza 24000) după o evoluție de 7 zile a unei apendicite acute tratată cu purgative și comprese calde. Se intervine de urgență, sub anestezie cu Evipan, (Dr. I. Danicico, Dr. H. Columb.) se constată prezența unei peritonite purulente prin apendicită gangrenoasă perforată; se extirpă apendicele; drenaj până în Douglas și latero colic ascendent; ser antiperitonitic în cavitate (20 cc.) și intramuscular (20 cc.) ser fiziologic subcutanat 150 cc.

Mers post operator: Deși secreția la nivelul drenajului este abundentă, abdomenul se balonează din ce în ce mai mult, copilul prezintă vărsături poraceie, temperatura scade și pulsul devine hipotensiv; un control radioscopic făcut la 36 ore după prima operație ne arată prezența a multiple nivele de lichid (cui-buri de rândunică); diagnosticul de ileus peritonitic e evident.

Operație, 15/VII 1941, orele 19 (Dr. I. Danicico, Drd. Toader, Drd. Teodorescu). Sub anestezie locală, facem o laparatomie mediană subombilicală și constatăm că ansele intestinului subțire foarte aderente prezintă multiple aderențe interintestinale și aderențe cu peretele abdominal anterior. În fața acestei situații singura soluție a fost o fistulizare a unei anse dilatate. Pansament cu cărbune animal la nivelul fistulei.

Mers post operator: Fenomenele de ileus se amendează aproape imediat, temperatura scade litic, și în vreme ce prin fistula intestinală se elimină suc intestinal, cu a 3-a zi dela operație copila are și evacuare normală. În zilele 7—13 după operație o complicație pulmonară determină o nouă ascensiune febrilă. La 15 zile după operație am putut suprima orice drenaj. La 25 zile după operație fistula hipogastrică a fost închisă spontan, iar la 33 zile după operație și plaga hipogastrică e vindecată.

Astfel a putut fi salvată o fetiță tratată timp de 7 zile în mod foarte greșit pentru fenomene abdominale cari au ținut de apendice.

Obs. 1715. Ing. R. A., 52 ani. Mai multe crize apendiculare, interpretate drept crize renale în antecedente. În ziua de 23 Aug. 1941 e adus în spital de medicul său curant în plină criză datând de 12 ore. La examinare stabilim diagnosticul de apendicită acută perforată (leucocitoza 19.000, temp. 38,4, puls 120 și defeuză musculară). Intervenim (Dr. I. Danicico și Dr. Gamber), sub anestezie cu Evipan. Găsim un apendice retrocecal gangrenos perforat. Apendicectomie retrogradă. Ser antiperitonitic intraperitoneal (40 cc.) și intramuscular (20 cc). Drenaj până în Douglas și latero colic ascendent cu tuburi și meșă. După operație ser hipertonic intravenos și ser fiziologic subcutanat; prontosil, 2 fiole pe zi, intramuscular. Cu tot tratamentul aplicat nici după 48 ore bolnavul nu are vânturi, ba din contră se balonează prezintă vărsături poraceie și starea generală se agravează vertiginos. În fața acestui tablou decidem și executăm în ziua de 25/VIII 1941, sub anestezie locală o laparatomie mediană subombilicală. Constatăm prezența unei peritonite purulente adhasive — aplicăm un drenaj Mikulitz până în Douglas și fixăm o ansă ileală dilatată în plagă stabilind fistulă Witzel (Dr. I. Danicico, și Dr. Gamber).

Mers post operator: Fistula funcționează bine. După 24 ore emisiunea de gaze și pe cale naturală. După 5 zile se suprimă sonda Nelaton din fistulă. În 28 zile se suprimă și drenajul din hipogastru și drenajul din fosa iliacă dr. Tot timpul pansament cu cărbune animal.

Părăsește spitalul la 5/XI 1941, după 54 zile de tratament, cu o fistulă intestinală care necesită abia un pansament pe zi. Fistula se închide spontan la 4 luni dela operație.

În rezumat, 4 cazuri de ileus peritonitic care în două cazuri a survenit între a 12 și 18 zi, iar în două cazuri a fost imediat, intervenind la 48 ore după ce toate mijloacele cari le-am aplicat au eșuat. Dar trebuie să mărturisim că noi nu am recurs la derivație pe cale bucală a intestinului subțire cum o preconizează Americanii (Holt, Wahgsten, Rea și Smith). Aceasta credem însă că nu scade mult din valoarea cazurilor noastre, când se știe cât valorează o laparatomie exploratoare făcută la timp în materile de ileus.

MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subțire)
pentru terapie specifică în

Coli-infecțiuni
ale
Căilor urinare

★
Absolut netoxic
Foarte economic
(durată scurtă de tratament)



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

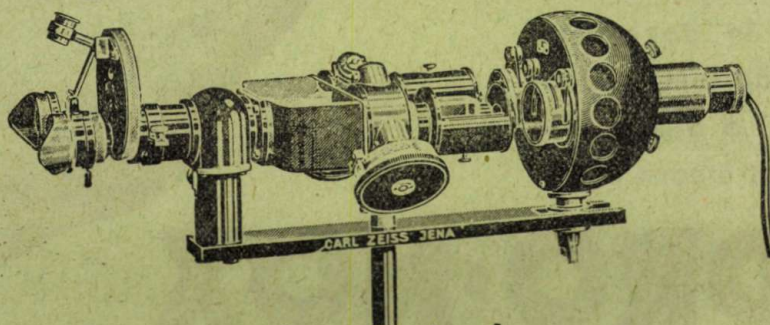
Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

Substanțele biologice importante

din umorile organismului, se pot determina cantitativ — aproape toate —
pe calea colorimetriei absolute cu

ZEISS FOTOMETRU PULFRICH



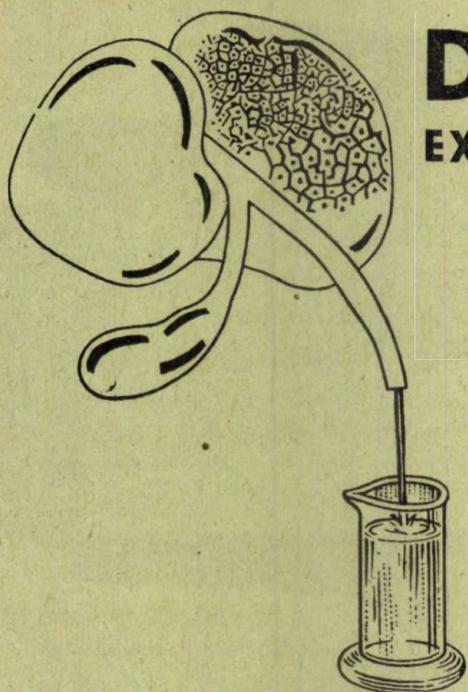
Avantaje:

1. Suprimarea soluțiilor etalon.
2. Sensibilitate mare.
3. Mânuire simplă și rapidă.

Informațiuni și cataloage gratuite dela
CARL ZEISS, JENA

sau dela reprezentanța generală pentru România:
Societatea Anonimă de Agentură - Comision - Import fost Otto & Alfred Herzog
București I, Bulevardul Carol I, 48





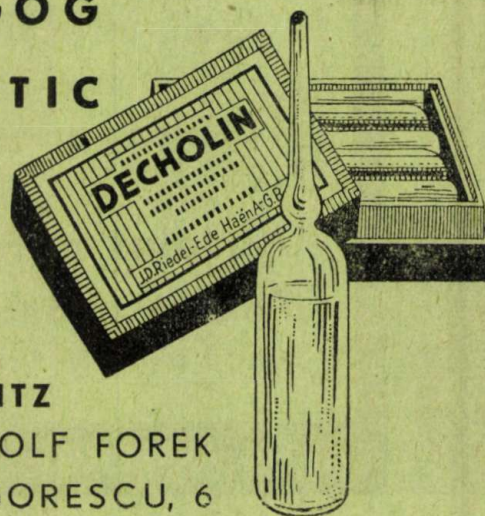
DECHOLIN

EXPERIMENTAT ANI DE ZILE

COLERETIC

COLAGOG

DIURETIC



J. D. RIEDEL-E. DE HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK
BUCUREȘTI 3, STR. G-RAL EREMIA GRIGORESCU, 6

Somniferul cu efect sigur

chiar și în doze mici
($\frac{1}{2}$ tabletă), somn recon-
fortant și o deșteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX



ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, București

Mal trebuie să adăugăm apoi că toate fistulele intestinale, deși le-am făcut îndirect (metoda tunelizării după Witzel) după 3—4 zile în ele s'au transformat în directe și au făcut inutilă sonda. De altfel Cumeo, Picot nu practică tunelizare ci deschid intestinul direct. Și mai trebuie să adăugăm că în toate cazurile noastre fistulele s'au închis spontan. Pulberea de cărbune animal am găsit-o cel mai bun adjuvant în îngrijirea tegumentelor din jurul plăgii.

Cele 5 cazuri citate mai sus ne îndreptătesc la următoarele **concluziuni**:

1. *În ileusul peritonitic, fistulizarea intestinului subțire este un excelent mijloc de a combate ileusul, ori decâteori mijloacele medicale se dovedesc a fi ineficace, iar derivația internă nu poate fi făcută. Noi am salvat prin acest mijloc 5 cazuri de ileus peritonitic, între cari un rănit de războiu.*

2. *Recomandăm această simplă operație în toate cazurile de ileus peritonitic, cari par a fi pierdute, căci prin ea vom salva o mare parte din acești condamnați prin suferința lor gravă abdominală.*

Bibliografie

Jovanovitch. — Étude des fistules persistantes du grêle après antrostomie pour ecclusion intestinale. *Revue de chirurgie*, an 58, No. 8 Octobre 1937, p. 609—639.

Lecène. — Traitement chirurgical de l'occlusion intestinale. In Lecène et Leriche: *Thérapeutique chirurgicale*. Masson et Cie Ed. 1926 T. III, p. 168—193.

Neculai David. — (de Jassy) Les fistules derivatives de l'intestin grêle sont-elles cachectisantes? Rapport de M. Alglave. *Memoires de l'academie de chirurgie* 1939, No. 16, p. 674—690.

Orator. — Die anwendung von Tier Kohlegranulat (Merck) bei der Wundbehandlung im Krieg und Frieden. *Zblt f. Chir.* 1941, No. 20.

Renon et Laffite. — Vingt-six observation d'occlusion d'origine apendiculaire. *Bull. et Mem. dela Soc. Nat. de Chir.* 1934, No. 6, p. 333.

Seneque. — Sur l'utilisation de la prothese caontchoute dans le traitement des fistules intestinales, *Memoires de l'academie de Ghirurgie* 1939, No. 78.

O. H. Wangenstein, Ch. E. Rea, B. A. Smith et H. C. Schwinger. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics* vol. 68, No. 5, Mai 1939, 851—869.

RESUMÉ

La fistulisation temporaire de l'intestin grêle dans l'ileus péritonitique

Dans un cas il s'agit d'un ileus péritonitique après une lésion latente de l'intestin grêle par des éclats d'obus et dans 4 cas d'ileus péritonitique après appendicite.

Dans les 5 cas le procédé opératoire a été le suivant: Laparatomie exploratrice, drainage et fistulisation temporaire de l'anse afférente dilatée d'après le procédé Wetzel. Tous les 5 cas sont guéris. La fistule intestinale est guérie spontanément dans tous les cas. L'auteur indique ce procédé, préconisé par Nelaton, dans tous les cas d'ileus péritonitique, où l'on ne peut pas faire de grandes interventions, comme anastomose ou résection d'intestin. Ces circonstances sont très fréquentes pendant la guerre.

ZUSAMMENFASSUNG

Vorübergehende Fistulisierung des Dünndarms im Peritonitis-Ileus nach einer latenten Verwundung des Dünndarm durch Splitter und nach perforiertem Blinddarm

In diesen 5 besonders schweren Fällen begnügt sich der Chirurg mit folgendem: Untersuchungs-Laparatomie, Drainierung und Fistulisierung der zuführenden Schlinge, erweitert durch Wetzel-Verfahren. Alle 5 Fälle wurden geheilt. Die Darmfistel heilte in allen Fällen spontan. Der Verfasser empfiehlt die Anwendung dieses — bereits durch Nelaton angepriesenen aber längst vergessenen Verfahren in allen Peritonitis-Ileus Fällen, bei denen keine grösseren Operationen vorgenommen werden können: Auf diese Art können viele Leben gerettet werden.

Considerațiuni asupra reumatismelor focal-toxice, în legătură cu câteva cazuri de artrite scapulo-umerale

De

Dr. Eugen Morariu și Dr. Ioan Opreanu

Amenajarea Clinicii Balneologice și Fizioterapeutice la universitatea noastră ne-a pus în situația de a primi în tratament o serie de cazuri de reumatisme, mai ales cronice, trimise în parte de alte servicii spitalicești unde ameliorările prin tratamentele medicamentoase au fost prea puțin mulțumitoare sau de prea scurtă durată. Din cazurile care au urmat tratamentele fizioterapeutice

ale Clinicii noastre ni se par mai interesante îmbolnăvirile încadrate de noi între reumatismele focal-toxice. Vom căuta să prezentăm câteva cazuri de astfel de îmbolnăviri reumatice pentru a ilustra rolul ce revine focarelor din extremitatea cefalică în întreținerea îmbolnăvirii reumatice și necesitatea, pentru a obține rezultate definitive de vindecare, de a elimina pe cale operatorie

focarul în cauză și de a indica abia după aceea tratamentul fizioterapeutic adecuat.

Legătura între un focar infecțios oarecare și posibilitatea unei îmbolnăviri cu caracter general s'a recunoscut de timp îndelungat, dar interpretarea rolului focarelor în sensul concepției noastre de astăzi a început abia la începutul secolului nostru prin lucrările lui Gürlich, Adler, Pässler, Robertson, Billings, Rosenow, Hartzel. Până când însă aceștia din urmă susțin, pe bază de lucrări experimentale, localizarea electivă, a agenților patogeni plecați de la nivelul focarelor, pe anumite organe, Rössle și Klinge pun, tot pe bază experimentală, rolul focarelor infecțioase în determinarea de îmbolnăviri generalizate pe plan anatomo-patologic, pe bază de hipersensibilizare. În concepția primilor cercetători care s'au ocupat mai de aproape de rolul focarelor infecțioase în organism, un focar infecțios localizat în ori care parte a organismului poate să dea naștere la îmbolnăvirea reumatică a articulațiilor sau a musculaturii prin diseminarea de microbi și fixarea lor la nivelul acestor organe. În sensul acestei concepții s'au făcut studii care au căutat să pună în evidență agenții patogeni fie în sângele circulant sau în produsele inflamatorii de la nivelul articulațiilor îmbolnăvite, reușind într'un mic număr de cazuri să izoleze agenți figurați, care erau considerați de cauzatorii îmbolnăvirii reumatice. Astfel de focare infecțioase puteau să se găsească în ori care organ ca amigdale, dinți, cariați, vezica biliară, anexe la femei, prostata la bărbați, apendice cronic inflamate, etc. În unele cazuri eliminarea operatorie a unui astfel de focar avea ca rezultat ameliorarea îmbolnăvirii articulare.

Pentru prima dată Pässler insistă asupra faptului, că agenții patogeni de la nivelul focarelor de cele mai multe ori nu dau naștere la acest nivel la îmbolnăviri acute, ci produc inflamații cu caracter de cronicitate care se instalează insidios. În aceste focare latente agenții patogeni continuă să trăiască și să disemineze toxina lor în organism. El scoate în evidență diseminarea de toxine microbiene — sau rezultate din desagregarea țesuturilor de la nivelul focarului — și nu de agenți figurați. Pentru ca o infecție localizată să poată fi considerată de focar capabil să dea naștere la o îmbolnăvire reumatică focal-toxică secundară este necesar ca focarul să fie închisat, să-i lipsească o legătură directă cu exteriorul, cu sistemul sanguin și limfatic și să fie sub o oarecare tensiune. Din cauza izolării focarului de restul organismului prin țesuturile de reacție care iau naștere cu timpul, simptomatologia focarului este foarte redusă sau inexistentă și apare pe primul plan îmbolnăvirea reumatică, mai ales cu ocazia puseurilor de exacerbare care survin din timp în timp.

Astăzi, după cercetările îndelungate și demonstrațiile experimentale ale lui Slauck, în reumatismele cronice

primare și într'un foarte mare număr de mialgii și nevralgii intervin în cauză focare, de cele mai multeori închisate, localizate la dinți — granulome și plorée alveolară — amigdale și în mai rare cazuri procese supurative cronice la nivelul sinusurilor anexe foselor nazale sau ale urechii mijlocii. În interpretarea dată de Slauck, în îmbolnăvirile focal-toxice intervine în primul loc toxina diseminată de la nivelul focarului, care influențează pe de o parte centrul neuro-vegetativ vasomotor, iar de altă parte acționează asupra țesutului mezenchimatous unde apar manifestațiunile de îmbolnăvire reumatică. Modificările vasculare și ale țesuturilor sub influența toxinei le face foarte susceptibile la schimbări meteorologice, când reacționează cu fenomene dure-roase sau inflamatorii.

Deci sediul mai frecvent al focarelor care întrețin îmbolnăviri reumatice cronice primare sunt în primul rând dinții și amigdalele și mai rar vin în considerare procese infecțioase din alte regiuni ca sinusuri, urechea mijlocie, tubul digestiv sau aparatul uro-genital. Uneori, deși sunt mai multe focare, în aparență unul singur ar întreține procesul reumatic; abia după îndepărtarea acestuia încep să devină manifeste focarele până atunci latente. Această activare a unuia sau mai multor focare latente prin eliminarea operatorie a unui focar activ se face în sensul anacoresei lui Ascoli. Focarele latente au facultatea de a atrage microbii diseminați prin operație, se supraîncălzesc sau își exacerbează virulența microbilor proprii și devin manifeste. Slauck atribuie activarea focarelor latente acestor diseminări sanghine de bacterii și recomandă, pentru a putea obține rezultate definitive de vindecare a îmbolnăvirii reumatice, depistarea tuturor focarelor latente din extremitatea cefalică și eliminarea lor.

După K. Vogel amigdalele constituie sediul focarelor infecțioase abia la etatea peste 30 ani, când întâlnim cele mai frecvente cazuri de îmbolnăviri reumatice focal-toxice. Sunt persoane care au suferit deseori de amigdalite și prezintă o mare susceptibilitate a acestor organe față de frig. Prin puseurile inflamatorii care survin la răceală să produc obstrucții de cripte, în interiorul cărora se retenționează material infecțios. Ori, tocmai aceste retenții de mici abcese în profunzime dau naștere la îmbolnăvirea local-toxică nu numai a articulațiilor, ci și a musculaturii, nervilor și în unele cazuri ale cordului. Prin înmulțirea țesutului conjunctiv atât din cauza deselor inflamații cât și a atrofiilor progresive a folișurilor limfatice, irigația sanghină a amigdalelor scade și paralel cu aceasta scade și posibilitatea combaterii infecțiilor locale. În cazurile în care amigdalele întrețin procesul reumatic găsim la examinarea secrețiilor obținute prin presiunea asupra acestor glande floră microbiană foarte abundentă cu foarte puține leucocite în stare de degenerescență (Knüchel), semn,

că aceste organe nu sunt în stare să combată infecția dela nivelul lor.

Foarte deseori sediul focarului de întreținere a imbolnăvirii reumatice sunt dinții, fie prin granulomele dela rădăcină, sau prin procesele supurative ale plorei alveolare. Frecvența granulomelor la dinții cărora le-a fost distrusă pulpa este relativ mare atât din cauză, că nu dispunem încă de o metodă sigură pentru a putea considera câmpul canalului dentar ca steril, cât și din cauza unei tehnici dentare defectuoase aplicată de mulți dentiști. Este preferabil de a sacrifica un dinte imbolnăvit decât de a-l transforma într'un focar infecțios latent care să întrețină apoi procese reumatice din cele mai rezistente la tratament.

Mal rar sediul focarului se găsește în sinurile anexe foselor nazale sau este constituit de procese supurative ale urechii mijlocii. Sinurile vin mai rar în considerare din cauza, că ele comunică în mod larg cu cavitatea nazală și deci posibilitatea închistării de procese supurative este mai greu de realizat. Atunci însă când un sinus este sediul focarului, tratarea și stingerea procesului supurativ este împreună cu mari dificultăți, întrucât nu dispunem de mijloace prin care să facem un tratament radical ca în cazul imbolnăvirii dinților sau amigdalelor, care pot fi ușor eliminate prin intervenția sângerândă. Poate radioterapia să dea rezultate, dar aplicarea ei este urmată de atrofia mucoasei sinu-sale, ceea ce nu este în avantajul pacientului.

Asupra microbilor dela nivelul focarelor infecțioase și asupra naturii lor nu este un acord între diferiții autori. Nu e dovedit, dacă au mai mare rol streptococii de tip viridans sau hemolitic cum susține Kucinski, Morgenroth, Rosenow, Klinge, etc., sau vin în considerare anaerobii izolați de către Gins și Schlick, sau este mai degrabă o cultură mixtă de microbi cum a găsit Lehmann și Bieling în însemnările făcute cu material recoltat dela nivelul focarelor. În produsele amigdalene recoltate și examinate după tehnica lui Knöchel se găsește o floră mixtă, în care preponderază cocci din genul micrococilor. Ori care ar fi flora, ea este capabilă să disemineze toxină în cantitate variabilă și probabil de toxicitate variabilă în legătură cu condițiile generale ale organismului.

Deplatarea unui focar din extremitatea cefalică este de cele mai multe ori cât se poate de simplă, în colaborare cu medicul de specialitate. În cazurile noastre ceea ce ne dădea siguranța unui focar în extremitatea cefalică era acel fenomen descris de Slauck sub numele de fibrilațiune musculară la reumatism. Noi căutăm în toate cazurile acest semn a cărui intensitate poate să varieze în intensitate și frecvență dela o zi la alta, uneori fiind foarte rar și necesitând pacienții pentru a putea fi observat. Prezența lui ne dă însă siguranță mare, că procesul reumatic este întreținut de un focar dela nivelul

extremității cefalice pe care avem datorită să-l căutăm. Fibrilațiunea musculară se prezintă, ca și durerile reumatice, mai intens în legătură cu schimbările meteorologice fiind un fapt cunoscut și explicabil în reumatismele focal-toxice. În aceste imbolnăviri cauzate nu atât de microbi ci de toxină, se produc alterațiunile ale peretelui vaselor mici periferice, care nu-și mai pot face jocul normal la schimbările de temperatură, umiditate, încălzirea electrică a atmosferei sau presiune barometrică. Și această sensibilitate față de schimbările meteorologice ne va conduce în clasarea imbolnăvirii reumatice în grupul focal-toxicelor.

Odată ce am descoperit focarul este importantă eliminarea sa. Eliminarea nu se prezintă totdeauna atât de simplă cum ar apare la prima impresie. În nici un caz nu vom interveni într'un puseu acut, când pacientul prezintă oscilațiuni febrile. Deși focarele din extremitatea cefalică care vin în considerare pentru a fi eliminate sunt de cele mai deseori închistate, dela nivelul lor pot totuși să se producă bacteriemii cu ocazia eliminării, sau în stadiile de exacerbare a proceselor reumatice. Aceste mici bacteriemii legate de un puseu subacut se manifestă, în afară de exacerbarea fenomenelor locale articulare sau musculare, prin ușoare oscilațiuni febrile, iar urina, la o examinare mai minuțioasă, ne arată prezența de rare hematii. În nici un caz nu vom interveni într'un astfel de stadiu, ci vom pregăti bolnavul pentru eliminarea focarului prin administrarea de calciu, vitamina C și piramidon. Abia după ce fenomenele locale s'au amendat, viteza de sedimentare a hematiilor a mai diminuat și când examenul urinei devine negativ suntem în drept să intervenim asupra focarului și să procedăm la eliminarea sa. Noi controlăm valoarea vitezei de sedimentare urcată stă în legătură cu procese exsudative prezente sau care au existat înainte cu timp scurt la nivelul țesutului mezenchimal. Numai în aceste cazuri, cu afectarea permeabilității capilare, putem să ne așteptăm la valori urcate ale acestei reacțiuni. În cazurile învechite, datând de mai mulți ani, procesul exsudativ a făcut loc la instalarea unui țesut conjunctiv, iar valoarea sedimentării este mică sau foarte puțin peste normal.

Abia după ce am eliminat focarul începem tratamentul fizioterapeutic propriu zis pentru imbolnăvirea reumatică. Revenirea funcțională a musculaturii sau a articulațiilor prinse va fi în legătură cu durata de când datează imbolnăvirea și cu natura alterațiunii țesuturilor. Acolo unde nu avem de semnalat alterațiuni și modificări prea mari, articulațiile își revin la mobilitatea anterioară imbolnăvirii, iar musculatura își recâștigă întreagă capacitatea funcțională. Când imbolnăvirea a trecut din stadiul exsudativ în cel productiv, când avem deviații în articulații și retracțiuni musculare nu vom putea să obținem o restituire completă a capacității

funcționale a membrilor atinse. Dar și în aceste cazuri, prin fizioterapie, aplicată timp mai îndelungat, putem obține rezultate multumitoare.

La recomandarea diferitelor proceduri de fizioterapie trebuie să ținem în considerare, că aparatul vascular periferic la astfel de bolnavi a suferit acțiunea nocivă a toxinei fie direct, fie mai ales indirect prin intermediul sistemului vasomotor; din această cauză acomodarea la contrastele prea mari de temperatură se face cu oarecare greutate. Se recomandă de-a aplica la început proceduri mai cruțătoare, cu contraste mici de temperatură, iar cu cât procesul local se ameliorază să trecem la măsurile mai energice de tratament. Pe lângă mijloacele locale de tratament indicăm și aplicațiunile generale, iar dacă organismul este într-o stare în care capacitatea sa de reacțiune este redusă, recurgem la administrarea de calciu și la iradierea generală cu raze ultraviolete, pentru a favoriza fixarea calciului și de a combate astfel mai ușor procesele inflamatorii și exsudative.

Pentru a demonstra rolul focarelor toxico-infecțioase în patogenia unor forme de îmbolnăviri reumatice, dăm pe scurt câteva cazuri de artrite și periartrite scapulo-umerale caracteristice. Am ales tocmai această localizare a reumatismului pentru că cedează cel mai greu la tratament, iar în cazurile unde tratamentul nu este bine condus, pacienții rămân suferinzi pentru ani de zile.

Obs. 1. B. T. 52 ani, plugar. Este primit în Clinică la 28/II 1940 pentru dureri și importanță funcțională a umărului stâng.

În antecedentele personale la etatea de 34 ani dureri în articulația coxo-femurală dreaptă care au ținut câteva săptămâni.

Boala pentru care este primit în Clinică datează de 4 săptămâni, debutând insidios cu dureri în umărul stâng, care cresc în intensitate progresiv, pentru ca la 2 săptămâni de la debut mișcările în umăr devin foarte limitate și extrem de dureroase. Tratamentul medicamentos rămâne fără efect.

La examenul obiectiv, emfizem, gingii tumefiate, roșii, sângerează ușor la atingere, numeroase carii dentare și resturi de rădăcini. Regiunea umărului stg. normal conformată. Nu prezintă deformare sau tumefiere în raport cu partea sănătoasă. La atingere întreagă zona periarticulară foarte sensibilă. Nu poate să execute mișcări active în articulația scapulo-umerală stângă; pasiv se poate îndepărta brațul până la un unghi de 30°. Fibrilațiunea musculară pozitivă. Viteza de sedimentare 72 la 2 ore (Wester-green).

Diagnostic: Periartrită scapulo-umerală stângă.

Fiind o îmbolnăvire focal-toxică, înainte de a începe tratamentul mai intens, se face extracția danturii defectuoase, găsindu-se la câteva rădăcini granulome. Tratamentul medicamentos s'a făcut cu piramidon 1,5 gr. pe zi timp de 2 săptămâni. Tratamentul fizioterapeutic a constat din unde scurte, băi de lumină fie superioare sau ca spatitherm, duș-masaj și mobilizarea pasivă a brațului. La 16 zile de la internare, bolnavul părăsește Clinica cu durerile dispărute, motilitatea activă între limite normale, fiind considerat vindecat. Viteza de sedimentare la plecare 22 după 2 ore. Fibrilațiunea musculară foarte rară.

Obs. 2. Periartrită scapulo-umerală stângă.

L. A. de 45 ani, de profesiune turnător de fier, intră în Clinică la 17. III. 1940 pentru dureri difuze în articulațiile mari

ale membrului superior stâng și limitarea mișcărilor în umărul de această parte.

În antecedentele personale recunoaște amigdalite repetate începând din 1933. În 1935 manifestațiuni reumatice poliarticulare, care dispar după tratament medicamentos.

Boala pentru care este primit în Clinică datează de 5 săptămâni, debutând insidios, cu dureri difuze în umărul, cotul și articulația radio-carpiană a membrului superior stâng. După câteva timp fenomenele dureroase se accentuează la nivelul umărului stâng în așa măsură încât bolnavul este nevoit să-și întrerupă activitatea. Concomitent cu exacerbarea durerilor, regiunea scapulo-umerală se tumefiază ușor. Subfebrilități. Durerile atât în umăr cât și în celelalte articulații ale brațului stâng au caracterul de a se accentua la schimbarea vremii. Terapia medicamentoasă, administrată timp de câteva săptămâni, face să diminueze durerile într-o oarecare măsură, fără ca bolnavul să-și poată relua activitatea.

Examenul obiectiv: ușoară sensibilitate în articulațiile membrului superior stâng. Umărul stâng de conformație și aspect normal. Mișcările active limitate: pasiv se pot executa mișcări de amplitudine normală, însoțite de dureri intense. La palpare regiunea anterioară a umărului stâng sensibilă. Examenul stomatologic: dantură defectuoasă cu numeroase resturi de rădăcini și pioree alveolară. Radiologic articulația scapulo-umerală nu prezintă nimic patologic. Viteza de sedimentare la 2 ore 15. Fibrilațiunea musculară pozitivă.

Se începe concomitent tratamentul fizioterapeutic al umărului stâng și a danturii, extrăgându-se în decurs de 5 zile patru resturi de rădăcini dentare. Cu toată intervenția dentistului și a tratamentului aplicat, durerile manifestă puțină tendință de ameliorare. În ziua de 2 IV. se face amigdalectomie bilaterală, întrucât examenul de specialitate pune în evidență o amigdalită cronică-criptică bilaterală. La câteva zile după operație se reia tratamentul fizioterapeutic cu masaj, duș-masaj, spatitherm, fricțiuni Monari. În ziua de 13. IV. bolnavul părăsește serviciul Clinicii cu durerile din umăr complet dispărute și motilitatea articulației scapulo-umerale stângi normală. Odată cu eliminarea focarului toxico-infecțios și cu ameliorarea durerilor, dispăre și fibrilațiunea musculară.

Obs. 3. Periartrită scapulo-umerală stângă. Sindrom miocardic.

A. S. de 74 ani, plugar, intră în Clinică la 22. III. 1940 pentru dureri și impotență funcțională a umărului stâng. Durerile datează de un an, debutând insidios cu jenă la mișcări și cu exacerbare la schimbările meteorologice. Uneori durerile se accentuează noaptea împiedicând bolnavul să se odihnească. Din toamna 1939 durerile devin mai intense și aproape continue. Mișcările voluntare dureroase, bolnavul neputând să-și ridice brațul peste orizontal. Medicațiunea urmată la domiciliu nu-i aduce nici o ameliorare.

La examenul obiectiv: torace emfizematos, cu raluri de stază la baze. Sgomotele cardiace surde, aritmice. Tens. art. 17 $\frac{1}{2}$ —8 (V. L.). Dantura în stare proastă, cu numeroase resturi de rădăcini. Regiunea umărului stâng de conformație normală. Mișcările active și pasive numai până la orizontal, foarte dureroase. Mișcarea de rotațiune limitată și foarte dureroasă. Musculatura periarticulară sensibilă la palpare. Reacția Wassermann negativă. Viteza de sedimentare 24 la 2 ore. Fibrilațiunea musculară pozitivă.

Se începe tratamentul afecțiunii cardio-pulmonare și a celei reumatice, în același timp. Ca fizioterapie primește unde scurte și spatitherm asupra umărului dureros. După 1 săptămână de la intrare, durerile diminuate și mișcările de amplitudine mai mare. Cu ameliorarea fenomenelor pulmonare și a aritmiei, se începe duș-masaj asupra umărului, alternând cu unde scurte și spatit-

herm, iar pentru afecțiunea cardiacă, pe lângă medicațiune, face zilnic băi ascendente de mâini sau picioare. La 13. IV. bolnavul părăsește Clinica cu durerile aproape complet dispărute, mișcările brațului până aproape de vertical, aritmia și ralurile de stază dispărute. Bolnavul nu l-am putut considera vindecat din cauza, că n'au fost eliminate resturile dentare care constituiau focarul toxi-infecțios. Eliminarea nu s'a putut face din cauza refuzului pacientului și din cauza tensiunii destul de ridicate.

În legătură cu acest caz este important de relevat, că focarele toxi-infecțioase din extremitatea cefalică au acțiune și asupra sistemului cardio-vascular. În special tensiunea arterială se resimte mult, bolnavii fiind în general ipotensivi. După eliminarea focarului tensiunea arterială crește. Din acest motiv pacienților cu tensiunea urcată le vom face în prealabil tratamentul acestei afecțiuni, fiindcă după operație tensiunea lor va deveni și mai ridicată, expunându-ne la accidente mult mai neplăcute decât însăși afecțiunea articulară. Deci în toate cazurile de imbolnăviri focal-toxice, la care mai e prezentă și o hipertensiune, vom avea să ținem seama în primul loc de aceasta atunci când ne decidem să supunem bolnavul la intervenția de eliminare a focarului.

Obs. 4. Artrită și periartrită scapulo-umerală stângă.

G. L. 26 ani, studentă, este transpusă în Clinica noastră la 27. III. 1940 dintr'un alt serviciu spitalicesc, pentru dureri în umărul stâng și limitarea mișcărilor active și pasive, la acest nivel.

În antecedentele personale: la 20 ani angină fuzo-spirilară, la 24 ani gripă, pleurezie exsudativă dreaptă și reumatism poliarticular acut.

Boala actuală datează din 8. II. 1940. A debutat brusc, cu frisoane, febră 38—39° C, transpirații, cefalee și dureri difuze în toate articulațiile. După 2 zile dela debut, durerile se localizează asupra genunchiului stâng și în musculatura gambei drepte. Medicațiunea administrată îi aduce ameliorări evidente. La 1 săptămână dela imbolnăvire i se extrage un dinte cu granulom. La 1/2 oră după operație prezintă o ascensiune bruscă de temperatură și dureri foarte accentuate în cotul și mai ales în umărul stâng, cu ușoară tumefacție a umărului. La palpare atât umărul cât și cotul stâng foarte sensibile.

La 2 săptămâni dela debutul bolii se internează într'un serviciu spitalicesc, unde i se administrează terapia medicamentoasă obișnuită, completată cu Betaxin și unde scurte asupra umărului stâng. La 20. III. își operează 3 granulome descoperite radiografic. După intervenție durerile din umărul și cotul stâng se exacerbează. Cu fenomenele dureroase exacerbate și stare subfebrilă este transpusă serviciului nostru.

Examenul obiectiv: ușoară tumefacție a umărului stâng. Dureri spontane și la palpare în cotul stâng; dureri foarte mari în umărul din aceeași parte cu limitarea mișcărilor până la orizontal. Rotațiunea foarte redusă. Intreagă regiunea scapulo-umerală sensibilă la palpare. Viteza de sedimentare 92 la 2 ore. Tratamentul fizioterapic constă din spatitherm, duș-masaj asupra umărului stâng, impachetări superioare cu termofor, iar ca medicațiune 1,5 gr. Melubrin pe zi. La 14 zile dela primirea în Clinica noastră prezintă exacerbarea spontană a durerilor, însoțită de ascensiune de temperatură până la 38° C și cu tumefacția mai accentuată a regiunii scapulo-umerală stângi. Această exacerbare a manifestărilor articulare o interpretăm ca o reacțiune de tratament. Se face o pauză de câteva zile în care aplicăm proceduri cruțătoare. După cedarea fenomenelor mai accentuate începem fizioterapia cu unde scurte locale, impachetări cu parafină, iontoforeză cu histamină, duș-masaj, iar peste noapte fricțiuni cu soluția Monari. La 21 zile dela primirea în Clinica noastră face din nou un puseu febril peste 38° C, care cedează ușor la tratament medicamentos. Din 26. IV. durerile din umărul stâng încep să

scadă în intensitate, putându-se executa mișcări active și pasive de amplitudine tot mai mare. La 6 săptămâni de tratament în Clinica noastră durerile aproape complet dispărute, bolnava putând să-și ridice brațul până aproape de vertical. După 7 săptămâni dela internare, bolnava părăsește Clinica afebrilă, durerile complet dispărute. Semnalează ușoară sensibilitate la presiunea umărului stâng. Revăzută după 4 luni, se simte perfect bine. N'a mai făcut nici un tratament după plecarea din Clinica noastră.

De remarcat, în legătură cu acest caz, este timpul când putem să supunem bolnavul la intervenția de eliminare a focarului. Depistarea unui focar nu ne dă dreptul să intervenim imediat pentru a-l elimina. Dacă pacientul se găsește într'o stare de ușoară bacteriemie, cu punctul de plecare dela nivelul focarului, eliminarea și intervenția operatorie vor mări posibilitatea diseminării și toate fenomenele generale și locale se vor exacerba. Abia când bolnavul este afebril și când urina nu prezintă nimic anormal, vom avea dreptul să intervenim în mod eficace. În cazul de sus eliminarea primului focar a adus după sine intrarea în acțiune a celorlalte focare, latente până la intervenție. Este ceea ce Ascoli numește anacoreză, cu care ne putem întâlni adeseori în tratamentul reumatismelor focal-toxice, și care constituie un accident pe care vom căuta, pe cât posibil, să-l evităm.

Obs. 5. Reumatism focal-toxic scapulo-umeral bilateral.

M. D. 52 ani, funcționar C.F.R. vine în Clinică la 10. VI. 1940 pentru dureri în umeri, care îl jenează la mișcări.

În antecedentele personale sciatică la 44 ani, care a durat timp de 3 ani; la 48 ani otită medie supurată dreaptă. Gripe și amigdalite repetate.

Boala pentru care vine în Clinică a debutat înainte cu 7 săptămâni, cu dureri în umărul stâng, care au tendința să se scentueze. După câteva zile apar dureri și în umărul de partea opusă, cu accentuare tot mai mare, împiedecându-l în mișcări. Concomitent apar junghiuri în umărul stâng, cu iradiere spre regiunea precardiacă. De cele mai deseori junghiurile apar noaptea, trezind bolnavul din somn. Afebril. Fenomenele se exagerează cu schimbările meteorologice. O cură de piramidon la domiciliu nu-i aduce nici o ameliorare.

La examenul obiectiv ambele regiuni scapulo-umerală sensibile la palpare, fără modificări de formă, sau volum. Mișcările active limitate, cele pasive aproape de normal, dar foarte dureroase. Sgomotele cardiace surde, Tens. art. 12—8 (V. L.). Fibrilațiunea musculară pozitivă. Examinările de laborator negative. Viteza de sedimentare 20 la 2 ore. Examenul cavității bucale: șase granulome, pioree alveolară, amigdalită cronică criptică.

Tratamentul prescris: Piramidon, iar ca fizioterapie băi de lumină, duș-masaj, la umeri și spate, impachetări cu nămol, iar peste noapte unțiuni cu soluția Monari. În timpul internării a fost supus operației pentru pioree alveolară și i s'au extras două granulome. După fiecare intervenție intrerupe tratamentul fizioterapeutic pentru 1—2 zile. La 26. VI. părăsește Clinica cu durerile aproape complet dispărute și mișcări în umeri între limite normale. Se recomandă, la ieșirea din serviciul Clinice să elimine și celelalte focare din cavitatea bucală. Revăzut la 2 luni după eliminarea tuturor focarelor, poate să-și vadă de ocupații în bune condițiuni, fără să mai prezinte dureri nici la schimbările meteorologice.

Obs. 6. Artrită scapulo-umerală dreaptă.

M. K. de 53 ani, arhitect. Consultă Clinica la 18. VI. 1940 pentru dureri în umărul drept, care datează de mai multe săptămâni. Durerile au apărut insidios, cu accentuare la schimbările meteorologice. De 10 zile durerile devin foarte accentuate așa fel, că bolnavul poate să facă mișcări limitate și dureroase, fiind obligat să-și intrerupă activitatea.

Examenul obiectiv: regiunea umărului drept sensibilă la palpare. Nu prezintă modificări de volum. Mișcările active și pasive reduse de amloare, dureroase. Fibrilațiunea musculară pozitivă. Viteza de sedimentare 49 la 2 ore. Dantura defectuoasă, prezintă două granulome la dinții cu coroane. După eliminarea granulomelor începem tratamentul fizioterapic cu unde scurte, impachetări de nămol, spatitherm și duș-masaj. După 2 săptămâni de tratament durerile complet dispărute, mișcările între limite normale, bolnavul putând să-și reia activitatea fără nici o jenă la nivelul articulației scapulo-umerales drepte.

In concluzie in tratamentul reumatismelor cronice primare primul lucru este depistarea focarelor infecțioase din extremitatea cefalică.

Eliminarea focarelor trebuie să se facă după o prealabilă pregătire a bolnavului prin tratamente medicamentose, ținând seama de temperatură, viteza de sedimentare a hematiilor și sedimentul urinar.

Intru cât se poate tratamentul fizioterapic să se înceapă după eliminarea focarelor.

Procedurile fizioterapeutice se vor alege în raport cu stadiul de îmbolnăvire și cu starea generală a bolnavului, considerându-le absolut necesare în formele învechite cu tendință spre redori articulare și atrofii musculare.

CLINICA BALNEOLOGICĂ ȘI FIZIOTERAPEUTICĂ CLUJ - SIBIU

Director: Prof. s. Dr. M. Hângănușiu.

Bibliografie:

1. *Gehlen*: Neuere Erkenntnisse auf dem Krankheitsgebiet der primär chronischen Polyarthritis und ihre Bewertung für die Therapie. (Verh. deutsch. Ges. inn. Med. II. Kongr. Wiesbaden 1937);
2. *Knüchel*: Zur Erkennung und Wertung der chronischen Tonsillitis bei rheumatischen Erkrankungen. (Klin. Wschr. Nr. 51, 1937);
3. *Pässler*: Zur Frage der chronischen Infektionsherde in Mundhöhle. (Münch. med. Wschr. 1931);
4. *Rössle*: Allergie und Pathergie. (Klin. Wschr. Nr. 15, 1933);
5. *Schick*: Mundherde und Gelenkrheumatismus (Leipzig 1938);
6. *Slauck*: Anleitung zur klinischen Analyse des infektiösen Rheumatismus. (Dresden-Leipzig 1938);
7. *Veil*: Der Rheumatismus und die streptomykotische Symbiose. (Suttg. 1939);
8. *Kl. Vogel*: Die Herdinfection im Gebiet des Hals-Nasen-Ohrenarztes. (Dresden-Leipzig 1940);
9. *Uffenrode*: Bakterienbefunde in den Gaumenmandeln und ihre Umgebung bei chronischer Mandelsepsis. (Münch. med. Wschr. 1933).

RESUMÉ

Considérations sur les rhumatismes focal-toxiques, en liaison avec quelques cas d'arthrites scapulo-humerales

Parmi les affections rhumatismales focal-toxiques, qui réagissent difficilement aux traitements habituels, sont aussi les arthrites et périarthrites scapulo-humérales. Elles se présentent avec des phénomènes subjectifs accentués et objectivement avec des modifications locales, mais qui ne sont pas présentes dans tous les cas. Les quelques cas que nous avons eu dans notre traitement ont réagi très favorablement au traitement physiothérapique, après l'élimination du foyer qui entretenait l'affection. Nous cherchons à dépister le foyer toxico-infectieux, à peu près constamment localisé dans l'extrémité céphalique et nous essayons de l'éliminer par voie opératoire si son siège est aux dents ou aux amygdales. Autrefois on faisait un traitement conservatif dans les localisations sur les sinus et sur l'oreille moyenne. Après l'élimination du foyer les phénomènes rhumatismaux cessent assez facilement au traitement physiothérapique rationnellement appliqué et conduit. En dehors du traitement physiothérapique nous avons l'habitude de faire en même temps aussi une thérapie médicamenteuse avec les substances qu'on emploie habituellement dans ces affections.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über Rheumatismus mit toxischem Herd, im Zusammenhang mit einigen Fällen von Schulterblatt-Arthritis

Zwischen den rheumatischen Erkrankungen mit toxischem Herd, welche sehr schwer auf die gewohnten Behandlungen reagieren, gehören auch die Arthritiden und Periarthritiden des Schulterblattes. Sie treten mit subjektiven betonten Beschwerden auf, objektiv mit lokalen Veränderungen, welche jedoch nicht in allen Fällen anwesend sind. Einige Fälle, die wir in unserer Behandlung hatten, haben sehr gut auf die physiotherapeutische Behandlung reagiert, bei Entfernung des Herdes, der die Erkrankung unterhielt. Wir versuchten, den toxisch-infektiösen Herd zu finden, der meistens in der cephalischen Extremität lokalisiert ist und trachteten ihn auf operativem Wege zu entfernen, wenn er seinen Sitz an den Zähnen oder Mandeln hatte oder wir machen eine konservative Behandlung durch Lokalisierung am Sinus und Mittelohr. Nach Entfernung des Herdes, lassen die rheumatischen Phänomene, bei rationaler Anwendung der physiotherapeutischen Behandlung leicht nach, was aus unseren Fällen hervor geht. Ausser der physiotherapeutischen Behandlung, wenden wir gleichlaufend eine medikamentöse Therapie an, mit Medikamenten, die für gewöhnlich bei rheumatischen Erkrankungen verabreicht werden.

Mixoedem tireopriv frust provenit din maladia lui Basedow

De

Dr. Maxim Păunescu

În literatura medicală, cazul unui mixoedem tireopriv frust, care să albă, ca etiologie maladia lui Basedow, până în prezent, n'a fost citat nicăieri. Este cred, un caz unic, în literatura medicală, care s'a perindat pe la mulți colegi, fiind tratat ani de-a rândul fără, a l se preciza diagnosticul.

Este cazul tinerei A. B. în etate de 20 ani, necăsătorită. În antecedente heredo-colaterale: Ambii părinți trăesc și sunt sănătoși, iar ceilalți membrii ai familiei n'au prezentat nimic deosebit. În antecedente personale, nimic deosebit. Menstruația s'a prezentat la 14 ani, cu fenomene generale obișnuite. Se succeda în mod neregulat cam la 6 săptămâni și în cantitate potrivită, fără dureri.

Afecțiunea anterioară mixedemului tireopriv, adică maladia lui Basedow, a început, în vara anului 1938, debutând, prin oboseli mai mari în timpul zilei și cu durată mai mare, decât obișnuit. În Mai 1938, bolnava și mai ales cei din anturajul ei, au observat, că globii oculari sunt mai măriți, mai bombați, iar concomitent cu această modificare a globilor oculari, bolnava a prezentat în mod variabil somn profund, alternând cu insomnii observând, în același timp, că era surexcitabilă la orice fapt divers, având o nervozitate inexplicabilă. După o lună s'a prezentat la consultația unui medic neurolog, ce i-a indicat, măsurarea metabolismului bazal, când s'a constatat că este $+35\%$ mărit. A urmat imediat un tratament, cu antitiroidină „Moebius”, după care a continuat cu Tironorman, dându-i-se în același timp sfatul, de a schimba localitatea, pentru a merge undeva la munte, unde de altfel a și fost, rămânând timp de 2 săptămâni. După acest tratament bolnava s'a simțit mai bine; cu atât mai mult, cu cât medicul stațiunii climaterice, a confirmat diagnosticul maladii lui Basedow, prescriindu-i în timpul, cât a rămas la munte, un tratament cu Valer-fosfor și soluție de Lugol, cu toate indicațiile necesare. Calmant i-a prescris Cerebrosan. În tot acest timp bolnava a prezentat transpirațiuni profunde, având greutatea 48 kgr. și în timpul lucrului manual prezenta, tremurături ale mâinilor, executându-l cu greutate.

După acest tratament, bolnava s'a simțit mult mai bine și medicii i-au prescris din nou măsurarea metabolismului bazal care după 4 luni de tratament, continuu și conștiincios, a ajuns la normal $+7\%$. Aci intervine faptul interesant, unde bolnava din proprie inițiativă a repetat tratamentul cu soluție iod iodurată, timp de câteva luni fără a spune ceva medicului neurolog curant, despre acest fapt. Medicul după câțva timp i-a prescris din nou măsurarea metabolismului bazal, când s'a constatat, cu mare surprindere, că este -15% (scăzut). De sigur că acest moment este momentul critic, care ar putea fi invocat ca maladia lui Basedow să se transforme într'un mixoedem tireopriv, fără însă a se putea preciza, data și împrejurările. Față de această situațiune medicii i-au propus, să meargă din nou în vara anului 1939, la stațiunea climaterică, unde mai fusese înainte, unde a rămas timp de o lună simțindu-se oarecum mai bine.

Apariția simptomelor de mixedem frust se face către sfârșitul anului 1939, afirmativ, în luna Octomvrie, când bolnava a observat că pleoapele i se umflă, fața devine de o culoare palidă, ceroasă, nu mai prezintă transpirațiuni aproape de loc, chiar la eforturi fizice, nasul în total se îngroașe iar nările se prezintă mai îngroșate, buzele în special buza inferioară devine foarte groasă. Paralel cu aceste transformări fizice din punct de vedere psihic caracterul bolnavei s'a schimbat, pierzând vioiciunea și

ajunge într-o stare de depresiune sufletească melancolică. În același timp bolnava care are o stare intelectuală ridicată, față de schimbările observate, caută să se izoleze, evitând societatea prietenelor și chiar a membrilor familiei.

La aproximativ 6 săptămâni, după apariția acestor simptome, bolnava observă că trăsăturile feții, s'au schimbat cu totul, luând caracterul unei fețe buhăite, pierzând trăsăturile caracteristice, iar pielea din cauza lipsei de transpirațiuni, ia aspectul unei piele, aspre, ruгоase și cu o ușoară descuamație furfuracee, în care timp a observat, că a câștigat în greutate 6 kgr. ajungând dela 48 kgr. la 54 kgr. Apetitul s'a păstrat devenind chiar mai mare, iar din punct de vedere psihic depresiunea s'a accentuat, bolnava izolându-se tot mai mult. Aceste simptome au alarmat anturajul familiar, fapt ce a determinat să se facă număratoarea hematiilor, când s'a constatat o anemie destul de pronunțată; globulele roșii ajungând la 3,200.000. pe mmc. Medicul curant față de această anemie i-a prescris, o serie de 20 injecții Ferro-Hepatrat

Prezentând o neregularitate a menstruației, la începutul anului 1940, i s'a recomandat de către un alt medic, un tratament hormonal, cu foliculină a 1000 U. I., după care, a continuat un tratament cu Decufer, simțindu-se mai bine în starea generală păstrând totuși aspectul, mixedematos al feții.

Globulele roșii au crescut dela 3,200.000 la 3,600.000 pe mmc.

În tot acest timp, din Octomvrie 1939 și până în vara anului 1940 bolnava a prezentat această stare de ameliorare a anemiei, având prezente toate simptomele, de mixedem frust. În vara anului 1940, prezentând o adenopatie submaxilară, un medic consultat, i-a prescris un tratament cu iod și un fier Ferro-Constance, după care adenopatia s'a vindecat. În special dimineața bolnava observa, că față de aspectul din timpul zilei pleoapele, erau cu mult mai tumefiate, iar în acest timp, menstruația era regulată având durată de 7-8 zile și fără dureri. În timpul verii deși anotimpul a fost călduros, n'a prezentat de loc sudațiuni și dela 1 Septemvrie 1940 și până la începutul anului 1942, n'a mai urmat nici un tratament. În acest interval de 15 luni pleoapele erau cu mult mai tumefiate, buzele mai groase, fața cu aspect buhăit, iar starea psihică prezentând o adevărată stare de melancolie. La începutul anului 1942 Ianuarie, bolnava s'a prezentat pentru o consultație și i-am prescris titrarea hormonală, care a dat următorul rezultat: Prolan A pozitiv

Prolan B negativ

Foliculină negativ

diagnostic: insuficiența funcțiunii foliculare ovariene. Examenul numai pentru alb-puroiu sânge zahăr este negativ.

Se indică, ca tratament, tot la 3 zile injecții cu foliculină 1000 U. I. alternând cu injecții de Hormogland tonic F. timp de 2 luni. Paralel cu acest tratament având bănuiala că mă găsesc în fața unui mixedem tireopriv frust, i-am indicat a face măsurarea metabolismului bazal, începând un tratament cu extract total de tiroidă și anume cu Elytiran „Bayer” tablete. Bolnava a urmat acest tratament timp îndelungat având grija de a doza cantitatea de Elytiran administrat în doze crescând progresiv dela $\frac{1}{4}$ tabletă astfel, ca după un interval de o lună de zile a ajuns a lua zilnic 2 tabl. În acest interval bolnava a observat că edemul feții s'a redus, recâștigându-și trăsăturile fine caracteristice, pleoapele au revenit la normal, pielea întregului corp din aspră, ruгоasă cu aspect ichtiozic, a devenit moale, catifelază și spre surprinderea

bolnavei, au apărut sudațiunile, bineînțeles în cantitate redusă. Concomitent cu acestea am observat, că pielea feții prezintă o descuamație furfuracee mai exprimată, pe regiunile submaxilare și pe torace, iar starea psihică s'a transformat total, bolnava având stări variabile și chiar de veselie. Caracteristic și impresionant a fost faptul menționat, de cei ai casei, cari de ani de zile, n'au mai auzit bolnava, cântând, deși era în fragedă tinerețe, și izolarea în care se menținea bolnava, a dispărut, fiind acum în societatea cunoștințelor sale.

În ceea ce privește greutatea bolnavei, am observat o apreciabilă scădere care în medie era de 120 gr. pe zi ajungând, dela greutatea de 54 kgr. până la 50 kgr.

Temperatura, în tot acest timp a fost normală, rareori prezentând stări de subfebrilitate. Părul care cu câteva luni înainte îi cădea regulat, și înafară de pieptănat, n'a mai prezentat acest simptom. Bolnava a continuat să ia 2×1 tabl. zilnic extract tiroidian numai timp de 6 zile, din cauză că scăderea în greutate devenise foarte accentuată, ajungând la 300 gr. pe zi, fapt ce m'a determinat ca să reduc progresiv tratamentul cu extract tiroidian, astfel ca să ajung la cantitatea inițială de 1/4 tabl. zilnic. La sfârșitul acestui tratament, metabolismul bazal, măsurat a arătat + 20% normal.

Pulsul varia între 78—80 pe minut, temperatura 36,6—36,8.

Bolnava a continuat, a lua 1/4 tabl. timp de aproximativ 2 săptăm. având în acest interval, greutatea de 48,500 kgr. până la — 49 kgr. Aspectul feții se menținea cu trăsăturile fine caracteristice, pielea moale catifelată, transpirațiuni nocturne și chiar la eforturi mici. Dela data de 1 Aprilie a. c., observând pleoapele care prezentau o ușoară îngroșare, am urcat doza de extract tiroidian la 1/2 tabl. pe care bolnava le-a luat, în tot cursul lunii Aprilie, iar metabolismul bazal, măsurat din nou la data de 30 Aprilie a. c. arată + 70%, după care văzând scăderea, față de metabolismul bazal, făcut anterior, am urcat doza la 1 tabl. Elytiran zilnic.

În prezent, bolnava continuă tratamentul luând zilnic 3/4 tabl. extract tiroidian și după o pauză de aproximativ 2 luni refăcând din nou titrarea hormonilor am găsit, întocmai rezultatul primei titrări, fapt ce m'a determinat, a relua din nou tratamentul hormonal, la care s'a adăugat și injecții cu Prelan 100 U.

Cazul acesta este interesant, prin evoluția dinaintea apariției hipotiroidismului, când tot tratamentul a fost făcut pentru hipertiroidism. Discuția asupra lui rămâne deschisă, intru cât până în prezent din toate cercetările făcute, în literatura medicală nici unde, n'am găsit că este posibilă, o transformare a unui hipertiroidism într-o stare de hipotiroidism, care să ajungă până la un mixodem frust. Care este cauza acestei transformări? Până în prezent răspunsul n'a fost dat.

Trebue menționat faptul, că bolnava n'a făcut apel la tratamentul radioterapic.

În mod subiectiv bolnava acuză că timpul petrecut până în prezent la stațiunea climaterică, ar fi fost principala cauză, la care s'a adăugat și tratamentul cu iod, repetat, din inițiativă proprie. Dar aceasta este de sigur o presupunere atât de puțin probabilă și posibilitatea ei, cu greu poate fi luată în discuțiune.

Tratamentul hormonal făcut, asociat cu preparate ovariene, a adus la ameliorarea stării generale însă menținând insuficiența ovariană constatată, la începutul hipotiroidismului și dovedit înainte cu 2 săptămâni. De asemenea metabolismul bazal măsurat, în timpul trata-

mentului și repetat la sfârșitul lunii Aprilie a. c. se găsește — 70% față de + 20% (15/V. a. c.) găsit după o lună de tratament, fiind cuprins deci în limitele normale. Cazul, nu poate fi complet elucidat, asupra mecanismului, care a dus la transformarea unei maladii a lui Basedow diagnosticată și tratată de mai mulți medici, la un hipotiroidism, care să cuprindă simptomatologia, mixodemului tireopriv frust, iar această transformare este un caz excepțional, unde momentul acestei modificări, ce s'a operat în mod spontan, nu poate fi precizat.

Dacă aceasta este posibil atunci toată fiziopatologia maladiei lui Basedow, este susceptibilă unei modificări, având în vedere, că există, cazuri când tratamentul, ajunge la o limită maximă, iar depășirea acestei limite, ar face ca în mod spontan, prin corelațiune cu tot sistemul endocrin, să se opereze în mod spontan o totală modificare a hormonului tiroidian, care să aducă cu sine o hipofuncțiune și deci un hipotiroidism.

Această lipsă de graniță între hipertiroidism și hipotiroidism s'ar datorî, probabil unei cauze necunoscute până în prezent, fiindcă nu se poate admite ca repetarea unui tratament antitiroidian, asociat cu un tratament aero-climatic, să poată fi în măsură, a transforma hipertiroidismul în hipotiroidism. Dacă aceasta ar fi posibil, transformarea, ar trebui, să fie făcută nu numai asupra unei singure glande, ci pe toate glandele endocrine în corelațiune de sinergism, sau antagonism, cu glanda tiroidă și ar fi fost necesar, ca să existe, alterațiunile și asupra altor glande endocrine, care de sigur ar fi trebuit, să se manifeste printr-o simptomatologie oarecare, însă în cazul nostru, aceasta nu s'a constatat, neexistând, decât o insuficiență a funcțiunii folliculare ovariene, care însoțește mai frecvent hipotiroidismul.

RÉSUMÉ

Mixodème provenu de maladie de Basedow

L'auteur décrit le cas d'une jeune fille, qui a présenté la maladie de Basedow, pour la quelle elle a été traitée depuis plusieurs années. A un moment donné, sans cause visible, on constata que l'hyperthyroïdisme s'est transformé en hypothyroïdisme. Le métabolisme basal de + 20% est tombé audessous du normal. En même temps la malade a présenté aussi les symptômes cliniques du mixodème, associés à une insuffisance ovarienne.

ZUSAMMENFASSUNG

Mixoedem in folge Basedow'scher Krankheit

Der Verfasser beschreibt den Fall eines jungen Mädchens mit Basedow'scher Krankheit seit mehreren Jahren. Es liess sich von mehreren Aerzten behandeln und befolgte genau die Anordnungen der Aerzte. Nach einer (aus eigener Initiative) wiederholten längeren Behandlung, wurde eine Umänderung von Hyperthyroidismus in Hypothyroidismus, festgestellt wobei die Grundstoffwechselbestimmung, welche vorher ein plus von 30% aufwies, nun unter normal sank. Gleichzeitig wurde bei der Kranken eine Eierstockinsuffizienz, durch die Hormonbestimmung festgestellt.

LEUKOTROPIN

**Antiflogistic
Analgetic
Antipiretic**

mai ales indicat în toate

sindroamele reumatismale

artrite acute

inflamații ale mucoaselor

Forme de prezentare:

intravenos:

Cutii cu 2 fiole de 10 cmc.

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

intramuscular:

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

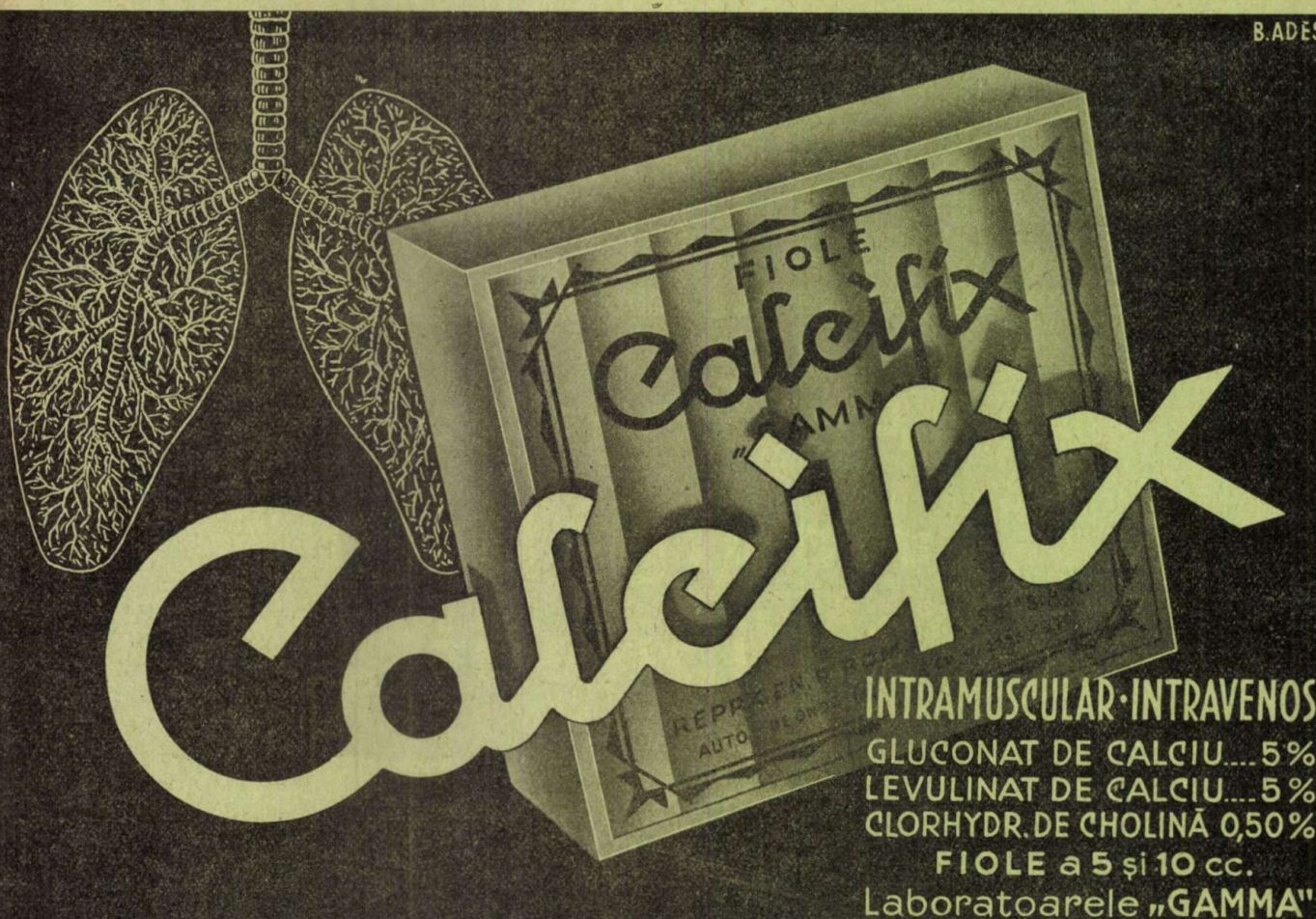
ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO.

(vorm. Silten-Gesellschaft)

MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.



Calcifix

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS

GLUCONAT DE CALCIU.... 5 %
LEVULINAT DE CALCIU.... 5 %
CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50 %

FIOLE a 5 și 10 cc.
Laboratoarele "GAMMA"

OVOCALCIUM

GYNOFOLIN + GLUCONAT DE CALCIU

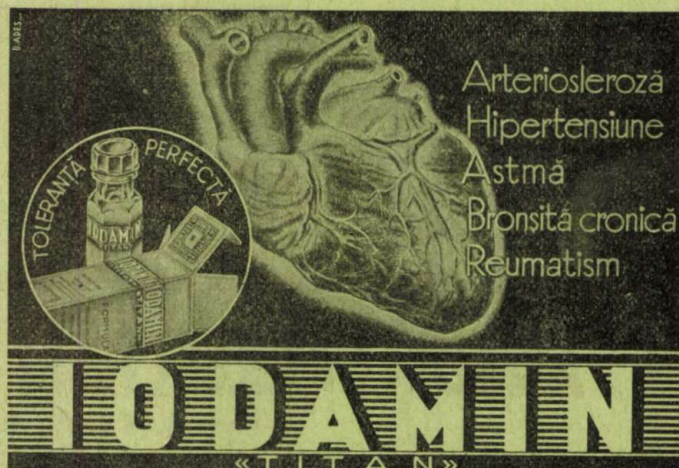
Turburări de insuficiență ovariană, anovarii congenitale, sau câștigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cmc. pentru inj. intramusculare. Una fiolă la 2 zile.
Flacoane cu 35 comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern, 3—4 pe zi.



Antiartritic

Antireumatic



Arterioscleroză
Hipertensiune
Astmă
Bronșită cronică
Reumatism

IODAMIN
«TITAN»

Fiole

Picături

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

Considerațiuni asupra erizipeloidului în legătură cu cazurile apărute în județul Sibiu

de

Dr. Oct. Oprean

Medic Igienist,

delegat Medic Primar Județean

Din grupa bolilor transmisibile dela animal la om ni s'a dat ocazie în repetate rânduri să descoperim îmbolnăviri de erizipeloid la populația rurală din comunele județului Sibiu. Erizipeloidul este o boală contagioasă care se transmite dela porcii îmbolnăviți de ruget (ruget du porc, rothlauf, erisipelatus suis) la persoanele care ating aceste animale sau prelucrează carnea lor. La om este o boală relativ benignă din care cauză este puțin cunoscută și chiar când se produce nu este recunoscută sau este descoperită după ce multă vreme a fost ignorată. În mediul rural foarte multe cazuri rămân nedescoperite sau confundate cu alte afecțiuni ale pielii; sau este considerată drept irizipel.

Cercetările făcute asupra boalei au stabilit că este identică cu rugetul porcilor și este produsă de un bacil descris de Klein, Detmers, Pasteur, Thuillier și Löffler.

Bacilul este patogen pentru porci, la oi produce poliartrite, iar bovideele nu se îmbolnăvesc. Mărimea bacilului este de $1-1\frac{1}{2}$ microni lungime, este aerob și anerob, se cultivă în bulion pe care îl tulbură uniform, pe geloză dă colonii izolate, este imobil și Gram pozitiv. Nu produce spori dar este totuși foarte rezistent.

La porc se produce boală clasică și pot surveni trei forme:

1. *Forma septicemică* este cea mai frecventă, se manifestă prin somnolență, scăderea poftei de mâncare, temperatură $41-42^{\circ}$ C. Animalul este într-o stare de prostrațiune completă. Pleoapele sunt umflate, din gură îi curg bale vâscoase, câteodată se produce epistaxis și vomități. Mucoasele vizibile devin violacee. Animalul poate muri în câteva ore.

Dacă nu moare, după 2—3 zile apare o roșeață a pielii, mai ales în jurul ochilor și pe urechi, apoi pe abdomen, pe flancuri și fața internă a coapselor. Aspectul pielii este roșu și se transformă în roșu viu și violaceu, urechile se tumefiază caracteristic. Aceasta formă, dacă animalul nu este sacrificat între timp, se termină cu moartea în $70-90\%$.

2. *Forma cutanată* se observă în general la animalele tinere, reprezentând un tip atenuat al rugetului. Manifestările boalei la început sunt ca și la forma septicemică. După 1—2 zile apar plăci roșii, izolate sau confluențe, de diferite mărimi.

Aceste pete devin roșu închis, umbrite de pete brune. Alteori petele sunt de o nuanță clară în centru, în timp ce periferia formează un inel intens colorat. Pielea în aceste părți este caldă, dureroasă și edematiată.

După câteva zile petele încep să dispară. În unele cazuri după dispariția plăcilor se produce o gangrenă uscată a urechilor și cozii, putând duce până la căderea acestora.

Evoluția acestei boli este de 8—12 zile, după care animalul de regulă se vindecă.

3. *Forma cronică* este urmarea celorlalte forme descrise. De regulă este consecutivă forme cutanate acute a porceilor. Poate să se manifeste cu sau fără erupțiuni cutanate.

Se produc diferite leziuni viscerale mai des endocardite vegetante și animalul prezintă dispnee, edeme, etc.

La om sunt descrise mai ales cazuri accidentale, la veterinarii înțepați cu ocazia vaccinărilor, la măcelarii și lucrătorii cari manipulează carnea animalelor bolnave etc. La asemenea cazuri se produc forme cutanate de extindere variabilă, având caracterul de cronicitate și recidive repetate.

Erizipeloidul s'a observat deseori în comunele rurale ale județului Sibiu și întotdeauna concomitent cu existența epizootiilor de această boală. A fost descoperită la medici veterinari sub forma erizipeloidului cutanat, localizat la mână apoi uneori s'a produs la persoanele angajate de primăriile comunale pentru ridicarea și îngroparea cadavrelor de animale. S'a răspândit această boală și la populația țărănească în legătură cu prezența animalelor bolnave și cu tăierea porcilor în preajma Crăciunului.

În decurs de aproximativ de 10 ani, în comunele din circumscripția sanitară Mercurea, s'au descoperit cel puțin 14 cazuri de această boală. Dintre ele o femeie a făcut o formă mai asemănătoare cu simptomele prezente la animale, având o erupțiune roșie cu tumefierea apreciabilă a pavilionului urechii și care a recidivat în mai multe rânduri.

În toate cazurile anamneza ne-a condus la legătura cauzală cu un animal bolnav.

Ultimele două cazuri au fost examinate mai amănunțit și le descriem în cele ce urmează:

F. Gh. 33 ani din comuna A., în ziua de 13 Decembrie 1941 a tăiat porcul de Crăciun al unei rudeni la care observase o oarecare tristețe, stare de boală și care nu a mai mâncat ca de obicei. Cu ocazia tăierii a observat pe abdomenul porcului câteva pete de culoare roșie.

După 4 zile pe degetul mare dela mâna dreaptă apărut o erupție papulo-veziculoasă mică pruriginoasă pe care bolnavul a spart-o fără să se elimine nimic. După aceasta erupțiunea s'a extins.

La examenul obiectiv se găsește o erupție eritematoasă cuprinzând degetul mare dela mâna dreaptă și eminența tenară. Marginele eritemului sunt bine delimitate și mai ridicate decât nivelul pielii normale, culoarea pielii este roșie lividă cu o nuanță brună foarte puțin deosebită de erisipel care este mai temefiat și culoarea mai deschisă. Are tendința de extindere, iar la mijloc pielea își recapătă aspectul normal. Intreaga suprafață a tegumentelor atinse este pruriginoasă. Temperatura este normală 36.3° C.

V. M. 14 ani din aceeași comună a ajutat la tăiaul porcului și a lucrat la pregătirea cărnii. În ziua următoare după tăiaul porcului a apărut pe fața externă a degetului inelar dela mâna dreaptă unde a avut o sgarietură a pielii, o erupție roșie, care s'a extins, cuprinzând fața palmară și dorsală a mâinei.

La examenul local se găsește un eritem de culoare roșie lividă cu marginile ridicate, pielea îngroșată, dură cu desenul pronunțat cu aspect de coajă de portocală. Erupțiunea are tendința de extensiune periferică, iar în mijloc prezintă insule de piele cu aspect normal. Temperatura 37.4° C. Frison nu știe să fi avut.

Dela ambele cazuri hemocultura a dat rezultat negativ, iar însămânțările pe gelatină și bulion, prin înțepătură intradermică la nivelul erupțiunii, nu s'a putut izola microbul cauzal.

La data examinării și a recoltării probelor de laborator bolnavii se găseau deja sub tratament medical cu sulfamide. Însămânțarea făcută din măduva osoasă a porcului bolnav încă nu a dat rezultat pozitiv.

La amândoi bolnavii s'a aplicat tratament cu pron-tosil per os, iar local s'a aplicat o pastă cu ihtiol.

Aceasta boală este susceptibilă de a fi tratată cu ser specific. Casa „Behring” prepară un ser contra acestei boale pentru uzul uman „Rothlaufserum” care se procura mai înainte, dar în prezent din cauza greu-

tăților de toate categoriile, acest ser nu se poate obține pentru toate cazurile. La noi este un ser preparat de Institutul „Pasteur” numai pentru uzul veterinar și nu știm dacă condițiile de preparare, titrul și dozajul sunt corespunzătoare pentru a se putea administra și la om.

Cazurile apărute în anii trecuți au fost tratate cu serul Behring și s'au vindecat foarte repede.

Tratamentul cu sulfamide este bun deoarece se obține vindecarea clinică în condițiuni multumitoare, dar boala poate recidiva ulterior.

Este indicat să se încerce izolarea microbului, fie dela alți bolnavi, fie dela animale și să se prepare serul specific pentru uzul uman, care să poată fi aplicat în toate cazurile de aceasta boală.

RESUMÉ

Considérations sur l'érysipéloïde en liaison avec des cas apparus dans le département de Sibiu

L'auteur a eu l'occasion d'observer pendant les derniers 10 ans 14 cas d'érysipéloïde dans le département de Sibiu. Deux d'entre eux sont décrits en détail. Dans les deux cas l'érysipéloïde a été localisé aux mains et a paru 2—4 jours après avoir tué un cochon. En liaison avec ces cas on fait quelques considérations sur la maladie.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über Erysipeloide im Zusammenhang mit den im Kreis Sibiu (Hermannstadt), aufgetretenen Fälle

Der Verfasser hatte Gelegenheit in den letzten 10 Jahren 14 Fälle von Erysipeloide zu beobachten. Zwei dieser Fälle beschreibt er ausführlicher. In beiden Fällen war Erysipeloid an den Händen lokalisiert und trat 2—4 Tage nach Schweineschlachten auf.

In Zusammenhang mit diesen Fällen werden einige Betrachtungen über die Krankheit angestellt.

Considerațiuni asupra trei cazuri de tetanos, tratate și vindecate prin seroterapie combinată cu injecții de calciu și extract de paratiroidă

de

Dr. Dumitru Roșca
Medic primar, director

Dr. Maria Todoran
Medic secundar

Dr. Dăncilă Ștefan

În primăvara anului 1941, au fost internate în serviciul nostru 5 cazuri de tetanos din satele din jur, toate la copii între vârstă de 7—12 ani. Toți bolnavii de mai sus au fost aduși în spital după câteva zile de

boală și în toate cazurile focarul de infecție a fost câte o plagă mică prin înțepătură la laba piciorului drept sau stâng. În nici un caz nu am putut stabili perioada de incubație, întru cât toți bolnavii tot timpul au um-

blat desculți. Toate cazurile la internarea în spital prezentau forme de tetanos generalizat.

Dintre cele 5 cazuri, în două am aplicat tratament cu doze masive de ser antitetanic și clisme cu cloral, un bolnav a sucombat după două zile de tratament, iar celuilalt bolnav neproducându-i-se nicio ameliorare a fost ridicat de familie fără voia noastră și dus acasă unde a decedat.

Văzând eșecul terapeutic în aceste două cazuri al seroterapiei și cloralului în clisme și având în același timp în secție și un bolnav cu tetanie căruia i-am aplicat tratamentul cu rezultate bune cu calciu și paratiron Bylla, unul din noi Dr. Roșca a emis ipoteza ca să aplicăm și eventualelor cazuri de tetanos ce se vor mai interna în acest spital, pe lângă ser antitetanic și injecții de calciu și extracte de paratiroidă. În scurt timp după aceasta ne-au fost aduse în serviciu următoarele cazuri de tetanos generalizat.

Obs. 1. — Elevul Emil Popa, în vârstă de 11 ani, din com. Asinip-Alba, este adus în serviciu la 14 Mai 1941, cu tetanos. Părăsește spitalul vindecat la 8 Iunie 1941.

Obs. 2. — Elevul Pîntea Vesian, de 9 ani, din Aiudul de sus, este adus în serviciu la 15 Iunie 1941, părăsește spitalul la 22 Iulie 1941, vindecat. Acest bolnav a fost vindecat de tetanos la 2 Iulie 1941, însă fiind debilitat și părinții cu o stare materială rea a fost reținut în spital până la restabilirea stării generale.

Obs. 3. — Eleva Ciulea Minodora, în vârstă de 7 ani, din com. Fărău-Alba, intră în spital la 15 Iunie 1941 și părăsește spitalul vindecată de tetanos la data de 24 Iunie 1941.

Nu am descris fiecare caz în parte cu întreagă simptomatologia clinică, întru cât fiecare caz, la intrarea în serviciu, prezenta forma de tetanos generalizat clasică pe care credem că numai e nevoie să o descriem fiind bine cunoscută.

Toate cazurile au avut aceeași evoluție clinică favorabilă, vindecându-se în scurt timp, cu tratamentul aplicat de noi și care îl vom descrie mai jos:

În primele două zile, injectam câte 100 cm. cubi ser antitetanic pe cale subcutană și intramusculară, cantitatea de ser ce am administrat-o mai apoi era în legătură cu fenomenele clinice și febră; scăzând zilnic doza până la dispariția completă a simptomelor de tetanos. În același timp, dimineața și seara injectam intramuscular câte 10 cm cubi calciu gluconat 10%, iar seara câte 20 unități de paratiron Bylla, acest tratament l-am continuat până la vindecare.

La intrarea în serviciu după administrarea primei doze masive de ser procedam la curățirea chirurgicală a plăgii și injectam zilnic câte 10 cm. cubi ser antitetanic în plagă și țesuturile învecinate. Plaga se pansa zilnic cu comprese îmbibate de ser antitetanic pentru a distruge eventualii spori și bacili tetani aflați în plagă.

Tratamentul sus indicat al plăgii este riguros necesar pentru a distruge rezervorul producător de toxină tetanică, care produsă în plagă este în parte rezorbită prin terminațiunea nervoasă din vecinătate, iar restul difuzează în sânge, impregnând nervii prin intermediul cărora ajunge la sistemul nervos central (Marie și Morax), Abel susține că toxina tetanică se propagă ca orice toxină difuzând în sânge din focarul de infecție și pe aceasta cale ajunge la nevrax. Indiferent de modul de difuziune al toxinei tetanice locul de producere al ei este plaga al cărui tratament trebuie făcut din primul moment al spitalizării bolnavului.

Din expunerea scurtă, a cazurilor de tetanos de mai sus, reiese clar rezultatele admirabile obținute de noi prin acest tratament, precum și vindecarea bolnavilor în timp destul de scurt.

Baza ipotetică dela care am plecat în aplicarea tratamentului tetanosului mai sus indicat ne-a fost următoarea:

Asemănarea fenomenelor neuro-musculare între tetanos și tetanie, în tetanos existând în plus infecție.

Hiperexcitabilitatea neuro-musculară în tetanie cu hipocalcemie cu reobaza scăzută și cronaxia crescută.

Acțiunea netă a calciului în tetanie, care este un moderator al excitabilității neuro-musculare.

Acțiunea dovedită a extraselor de paratiroidă de-a mări lent și durabil calcemia, după cum a dovedit-o experimental Bereneschi și pe care extract injectându-l seara mențineam în decursul nopții calcemia ridicată.

Aceste ipoteze ne-au format convingerea, care rămâne a se stabili experimental, că în Tetanos ar exista o hipocalcemie și că fenomenele neuro-musculare se influențează în mod favorabil prin injecțiile cu calciu și că paratiroida am administrat-o tot pentru a mări calcemia.

Tratamentul infecției tetanice rămâne indiscutabil tot serul antitetanic care acționează, neutralizând toxina pusă în circulație de către focarul tetanigen prin anti-toxina ce o conține. Calea de introducere a serului ne pare indiferentă din punct de vedere al acțiunii lui asupra boalei, însă cea care prezintă riscurile cele mai puține pentru bolnavi și este ușor de aplicat este calea subcutană și intramusculară de unde antitoxina ajunge în curentul circulator și lichidul cefalo-rahidian neutralizând toxina liberă întâlnită în drumul ei.

Calea cerebrală a lui Roux și Borrel a dat câteva rezultate, însă e greu de aplicat și susceptibilă de-a da accidente grave, cea paranervoasă a lui Siccard și Clavel este astăzi abandonată. Calea intravenoasă este susceptibilă de accidente mai numeroase decât cea intramusculară și subcutană care nouă ne-a dat rezultate foarte bune fără a avea niciun accident. Ashurt susține că acțiunea serului antitetanic pe calea intravenoasă ar fi de cinci ori mai activă decât calea subcu-

tană și că proporția în ceea ce privește acțiunea acesteia față de cea intra-rahidiană ar fi de 30%. În aceasta privință Leslie încă susține calea subcutană și intra-musculară față de cea intra-rahidiană despre care zice că este doar mai bogată în accidente.

Diversitatea căilor de a introduce în organism serul anti-tetanic s'a născut din necesitatea de-a găsi modul de a face serul în acțiunea lui cât mai eficace întru cât cu tot serul introdus în cantități mari pe orice cale, fenomenele nervoase nu se influențau în măsura dorită, pentru că toxina tetanică fixată odată pe centri nervoși se separă greu de ei. Pentru a se putea produce aceasta desdoire a complexului toxină-substanțe nervoase s'au întrebuit pe lângă ser o serie de substanțe chimice cari acționând asupra toxinei tetanice ar avea o acțiune filactică asupra ei. O astfel de acțiune filactică i s'ar putea atribui probabil și calciului.

În cadrul acestei acțiuni filactice Billard susține, după numeroase experiențe, ca anestezicele în general și cloroformul în special (metoda Dufour ser plus cloroform), prin extrema lor afinitate pentru lipoizii nervoși pot modifica echilibrul lipoidic, putând a face animalele mai sensibile s'au mai refractare neuro-toxinelor. Se tinde a se admite că anestezicele exersează asupra centrilor nervoși o adevărată disociație a complexului toxine -- substanță nervoasă și că acțiunea anti-toxică a serului influențează asupra toxinei astfel eliberată. Aceasta ipoteză a fost confirmată „In vitro” de către Clerc.

Administrarea cloroformului sau a eterului în cursul tratamentului tetanosului, trebuind repetate de mai multe ori, nu e nici inofensivă pentru organism și nici ușor de aplicat. Tratamentul prin injecții de calciu nu are niciunul din aceste inconveniente și mai are și avantajul de-a preveni fenomenele serice întru cât la niciunul din bolnavii noștri tratați prin metoda descrisă de noi mai sus nu s'a produs boala serului.

Tot ca medicamente filactice au fost întrebuințate fenolul de către Bacceli și urotropina de către Couvey. Aceasta a plecat dela ideia lui Muttermilch, care arată că urotropina face să crească permeabilitatea meningee pentru hemolizine și crede că aceasta proprietate o are și față de anticorpi microbieni, cărora le înlesnește trecerea în lichidul cefalo-rachidian, putând acționa anti-toxina serului asupra toxinei tetanice fixată pe nevrax. Rămâne a se cerceta dacă nu și calciul ar avea această proprietate de-a mări permeabilitatea meningee.

Noi plecând dela ipotezele și părerile de mai sus, precum și dela asemănarea simptomelor neuro-musculare între tetanos și tetanie, am aplicat în tetanos tratamentul infecției tetanigene prin ser antitetanic, iar a fenomenelor neuro-musculare prin calciu și paratiroidă,

căutând a menține tot timpul organismul în stare de hipercalmie.

Ca aceasta metodă să-și câștige drept de cetățenie în arsenalul terapeutic al tetanosului trebuie făcute următoarele cercetări bio-chimice asupra bolnavilor de tetanos:

1. Calcemia în tetanos.
2. Influența extraselor de paratiroidă asupra calcemiei în tetanos.
3. Cronaxia și influența calciului asupra ei în tetanos.
4. Calciu ca substanță filactică și neutralizator al toxinei tetanice.
5. Influența calciului asupra permeabilității meningee.

Toate cercetările de mai sus specificate, noi nu le-am putut face din cauza lipsei unui laborator bine înzestrat și a unui personal specializat în domeniul acestor cercetări, însă dacă nu am putut face aceste cercetări pentru a da o bază riguros științifică cazurilor de tetanos, tratate și vindecate de noi prin acțiunea serului combinat cu calciu, pentru a putea stabili contribuțiunea calciului în acest tratament; evoluția clinică a cazurilor de tetanos tratate de noi ne-a dus la următoarele concluziuni:

1. Sero-terapie în doze masive la început pe cale subcutană și intra-musculară.
2. Zilnic dimineața și seara câte 10 cm cubi calciu gluconat în injecții.
3. Seara câte 20 unități extract de paratiroidă.
4. Exereza chirurgicală a plăgii tetanigene, injecție de ser antitetanic în plagă și țesuturile din vecinătate și pansamentul plăgii cu comprese imbibate de ser antitetanic până la vindecarea ei.

SPITALUL DE STAT AIUD — SECȚIA MEDICALĂ

RESUMÉ

Considérations sur trois cas de tétanos traité par la sérothérapie associée avec des injections de calcium de d'extrait parathyroïdéen

Les auteurs ont traité dans l'hôpital de Aiud, en 1941, trois cas de tétanos généralisé par des injections de sérum antitétanique dans des doses massives, en administrant au début d'une manière concomitante chaque jour deux injections de calcium gluconate et une injection de 20 unités d'extrait parathyroïdéen. Les auteurs arrivent à la conclusion que ce traitement est efficace et suffisant dans le tétanos.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über drei Tetanusfälle, behandelt und geheilt durch Serothérapie kombiniert mit Calcium- und Parathyroide-Extrakt-Injektionen

Die obigen Verfasser behandelten im Staatlichen Spital, Aiud, im Jahre 1941 drei Fälle von generalisiertem Tetanus mit Antitetanusserum, indem sie im Anfang grosse Dosen injizierten und gleichzeitig je 2 Injektionen Calcium gluconat und je eine Injektion 20 Einheiten Parathyroideextrakt verabreichten. Sie gelangen zur Überzeugung, dass diese Behandlung allein, ohne Hinzufügen anderer Medikamente, bei Tetanus, genügt.

Activitatea Spitalului de Boli Mintale și Nervoase din Sibiu pe anul 1941

de

Dr. L. Ionașiu, Dr. Th. Stoenescu și Dr. C. Lungu

Spitalul de Boli Mintale și Nervoase din Sibiu este unul dintre cele mai vechi instituții de specialitate în Sud-Estul Europei. Inițiativa înființării lui datează din anul 1841, iar construirea lui a fost terminată în anul 1863 pentru un efectiv de 50 de paturi. Cu timpul clădirea principală a fost mărită, adăugându-se și alte pavilioane, ajungând actualmente la un total de 12 edificii, cu 289 camere și 243 dependințe. Prima internare în spital s'a făcut în anul 1864, iar până la 31 Decembrie 1941 au fost tratați în spital 15.837 bolnavi.

Spitalul este plasat la marginea orașului, la o distanță de circa 2—3 km. de centrul orașului și celelalte instituții sanitare din localitate. S'a ales acest loc în afara orașului, deoarece în timpul când s'a proiectat această instituție directivele științifice psihiatrice prevedeau ca să fie construit în afara razei orașului, atât din punct de vedere terapeutic, cât și social. În lucrarea istorică a spitalului, publicată în anul 1911 se menționează, „O priveliște admirabilă se prezintă ochiului spre Altemberg, Gușterița și Surul, spitalul este la o jumătate de oră de Gușterița — un sat lângă Sibiu — și 12 ore de muntele Surul. Teritoriul are marele și rarul avantaj că deși situat în apropierea orașului, are izolarea și liniștea rurală”.

Când curentul științific a luat și la noi în țară o mai mare dezvoltare, iar psihiatria s'a integrat profund în restul Medicinii, această depărtare relativă de raza de mișcare a orașului și de celelalte servicii medicale n'a împiedecat întru nimic colaborarea științifică cu celelalte specialități. Această legătură rămâne ca un principiu de nediscutat, deoarece după cum scrie Baruk în tratatul său de psihiatrie, o ramură care se depărtează de trunchiul, nu întârzie să degenereze și să moară. Atât în trecut, cât și acum, când bolnavii noștri au avut nevoie de o complectare la datele diagnostice în domeniul altei specialități, am găsit o înțelegere și colaborare deplină la instituțiile medicale din oraș și acum la Clinicile Universitare.

În edificiile spitalului nostru funcționează din 1940, în mod provizoriu câteva din instituțiile din Cluj: Clinica Psihiatrică, cu 50 de paturi; Institutul pentru profilaxia Cancerului cu 60 de paturi și Institutul pentru Surdo-Muți cu 65 paturi, ceea ce a contribuit la restrângerea numărului de paturi de la 540 la 365 paturi pentru bolnavii noștri propriu ziși. În tot decursul anului am avut însă un efectiv zilnic de 400—450 bolnavi, reușind astfel să facem față împrejurărilor.

Organizația interioară a spitalului cuprinde 5 servicii: Serviciul I. Mixt cu 140 de paturi în timpuri

normale, în care sunt internați exclusiv pacienți de cl. I. și II. și la care sunt atașate laboratoarele de biochimie, serologie, psihologie experimentală, radiologie și electroterapie. Serviciul II. Femei cu 180 de paturi cu un procent de 25% bolnavi cl. I. și II. în saloane separate. Serviciul III. Bărbați cu 220 de paturi, cu aceeași proporție de 25% pacienți de clasă. Serviciul Farmaceutic și serviciul administrativ.

Fiecare Serviciu medical este condus de un medic primar cu colaborarea a doi medici secundari.

Pentru internarea unui pacient în spital, nu se cere nici o formalitate în plus față de spitalele pentru medicina generală, iar în cazuri urgente și grave se face abstracție chiar de angajamentele de plată, rămânând ca serviciul administrativ să clarifice mai târziu chestiunea materială, de comun acord cu primăria sau percepția fiscală din localitatea de domiciliu a pacientului. Se spitalizează orice bolnav cu turburări psihice sau neurologice, indiferent de originea etnică, mediul social sau provincie. Amânări de internare se fac numai când efectivul serviciului respectiv este depășit cu 10—15 pacienți, deoarece o supraîncărcare este nefavorabilă atât terapiei și supravegherii, cât și igienei individuale.

Împrejurările actuale nu mai permit plasarea bolnavilor după vechiul plan pavilionar, în raport cu forma de exteriorizare a maladiei, încât fiecare serviciu își repartizează bolnavii în saloane speciale, după principiul că în fața tratamentului toți sunt egali. Astfel sunt saloane pentru bolnavii noi intrați, sub observație până la stabilirea diagnosticului sau a acelor care necesită o supraveghere mai apropiată chiar în cursul tratamentului; saloane pentru bolnavii liniștiți; saloane pentru lucrători și saloane pentru agitați, indiferent de clasa socială din care fac parte. Această clasare se face zilnic și cere o foarte mare supraveghere și cunoaștere a cazurilor din partea medicului, pentru a nu depăși limita recomandată de prescripțiile terapeutice relativ la maladie. De asemenea trebuie să se aibă în vedere afinitățile psihologice, evitarea pe cât posibil a grupelor antagoniste și să se țină cont de sugestibilitate și imitație. În legătură cu această clasare Baruk susține că: „Un serviciu bine organizat necesită o mișcare riguroasă studiată a bolnavilor dintr'un salon în altul, în sfârșit de a căuta fără încetare cele mai bune condițiuni de viață și adaptare pentru fiecare”.

În spitalele din această specialitate igiena individuală are o foarte mare importanță, deoarece la majoritatea

bolnavilor o altă persoană trebuie să le poarte de grijă. Aceste reguli, chiar dacă au existat înainte nu și le mai pot aplica sau dirija singuri. În spitalul nostru nu există saloane de gatoși și nici celule pentru agitați, elemente ce discreditau în trecut un institut psihiatric. Pacienți sunt examinați în cameră specială, nu în salon cu ceilalți bolnavi, iar spitalul este dotat cu instalațiuni speciale de laboratoare, röntgen și electricitate. În tabelele 1 și 2 sintetizăm activitatea laboratoarelor de serologie, biochimie și psihologie experimentală, din care se vede randamentul la care s'a ajuns în decursul anului, 1941.

LABORATORUL DE BIOCHIMIE

	Bolnavi din spit. nostru	Angajați din spit. nostru	Bolnavi din alte spitale	Alte pers.	TOTAL
Urina totală	262	23	20	2	107
Reacțiunea Pandey	394	3	49	14	460
Reacția Nonne-Apell	394	3	48	14	459
Dozarea hemoglobinei în sânge	10	1	8	3	22
Dozarea glucozei în urină	3	1	11	—	5
" " în sânge	—	1	—	—	1
" albuminei în urină	8	—	2	—	10
" ureei în sânge	3	—	—	2	5
Indexul de colorație în sânge	4	—	—	—	4
Reacția Rivalta	1	—	—	—	1
Total	879	32	128	35	1074
Examene serologice pentru sifilis					
Reacția Wassermann în sânge	626	12	38	24	700
" " în l. c. r.	399	3	44	11	449
" cu Schellach în l. c. r.	383	3	46	12	444
Total	1400	18	128	47	1593
Examene citologice					
Numărarea globulelor albe în l. c. r.	394	1	48	14	202
" " " în sânge	7	1	—	4	12
" " " roșii " "	10	1	3	5	19
Formula leucocitară	3	1	3	—	7
Total	414	4	54	23	495
Exam. bacteriologice (microscopice)					
Malaria	2	—	3	4	9
Koch l. c. r.	2	—	1	—	3
Secreția uretrală	—	2	—	1	3
Materii fecale	—	1	—	—	1
Total	4	3	4	5	16
Examene biologice					
Metabolism bazal	9	1	1	4	15
Total general:	2706	58	315	114	3193

LABORATORUL DE PSIHLOGIE

Nr. crt.	Felul examinării	Bolnavi	Normali	Total
1.	Inteligența	428	40	468
2.	Atenția	366	25	391
3.	Memoria	842	25	867
4.	Asociația liberă	101	—	101
5.	Învățare	122	3	125
6.	Temperament	339	7	346
7.	Caracter	224	7	231
8.	Tipul constituțional	283	—	283
Total:		2705	107	2812

Conduita de tratament a avut un caracter individual și adecvat fiecărui caz în parte.

Terapia n'a suferit întru nimic din cauza timpurilor excepționale prin care trecem, cele câteva restricțiuni medicamentoase impuse de criză au putut fi compensate. Nu s'a făcut nici o restricție la terapia antispecifică și nici la cea cu șocuri de insulină și cardiazol. Am extins acest tratament dela grupa schizofrenică și la cei din grupa maniaco-depresivă și confuzie mintală. La cele 85 cazuri tratate, rezultatele terapeutice n'au fost prea îmbucurătoare, obținând la toate maladiile un număr de 13 vindecări, ceea ce reprezintă un procent de 16,4%. Față de complexitatea tratamentului, credem că eforturile ce se fac cu acești agenți terapeutici nu corespund realității timpurilor actuale, când medicii și personalul ajutător sunt mobilizați. Rezultate asemănătoare am avut în trecut prin metoda puncturilor lombare repetate și prin metoda profesor Claude — sulfolein săruri de aur — cu mult mai simplă decât cardiazolul și insulina și pe care a trebuit s'o părăsim din cauza scumpetei excesive a sărurilor de aur. Piretoterapia cu soluție de levură de bere, după metoda profesor Urechia, a dat rezultate bune în special la formele maniaco-depresive, reducând simțitor durata, iar intensitatea accesului fiind cupată dela primele 3—4 injecții. Pe lângă aceste medicamente cu extindere mai mare, nu am neglijat nimic din ceea ce terapia modernă ne poate oferi: vitamine, opoterapie etc.

Odată obținut un rezultat terapeutic favorabil, pacientul este dirijat spre terapia prin muncă la unul din atelierele sau fermele organizate în spital, reprezentând ocupațiile cele mai principale.

Acest gen de terapie prin muncă datează la acest spital din anul 1868, având la început numai un caracter agricol, astăzi însă spitalul mai are ateliere de: pantofărie, croitorie, tapițerie, mecanică, lemnărie, corfărie, lenjerie, dantele, ferme de păsări, porci, zarzavat și

agricultură. Repartizarea spre felul muncii este făcută pe bazele orientării profesionale, dirijând pacientul conform aptitudinilor sale anterioare boalei, pentru a evita pe cât posibil conflictul psihic și sentimentul de inferioritate. Această repartizare se face numai în interesul bolnavului, nu al instituției, iar ca stimulent al muncii bolnavii primesc un supliment de alimentație și mici recompense bănești. Prin ocupație obținem o derivație a preocupărilor psihice morbide, iar bolnavul are sentimentul de contact cu viața normală, obținând mai ușor posibilitatea de readaptare cu mediul din afară. Odată plecat din spital pacientul are posibilitatea de a-și câștiga de bine, de rău existența și nu mai rămâne un balast nici pentru familie și nici pentru societate. Randamentul de bolnavi lucrători s'a ridicat în ultimul an aproape la 75%. Pentru a crea o ambianță cât mai familiară, am căutat să oferim pacienților o serie de distracții ca: bibliotecă, cazino cu pian, radio, table, șah, biliard, tenis, plimbări în parc și înafară cu trăsura sau mașina.

Date statistice.

În decursul anului 1941 au fost tratați în spital 1760 de pacienți. Față de anii trecuți se observă o creștere foarte mare de bolnavi. În planșa Nr. 3. redăm

mișcarea totală a bolnavilor pe ultimii 5 ani, din care se remarcă faptul că din anul 1940 numărul pacienților tratați se urcă vertiginos cu aproximativ 300 cazuri anual.

Această creștere vertiginosă a numărului pacienților își are de fapt originea din anul 1939 odată cu începerea tensiunii războiului, când aproape fiecare locuitor a fost detașat din viața obișnuită, cerându-i-se un mai mare randament de activitate. Din anul 1940 au fost internați în spitalul nostru, de către Spitalul Militar local și militari concentrați sau recruți ce aveau nevoie de stabilirea sau confirmarea unui diagnostic. Această creștere este deci oarecum mai mult aparentă, după cum se vede din planșa Nr. 4, în anul 1940 din 1448 pacienți, 469 au fost militari, iar în 1941 din 1760 pacienți 584 au fost militari și 67 răniți, încât adevărații pacienți de spital nu prezintă de fapt o creștere atât de îngrijorătoare.

		1937	1938	1939	1940	1941
		Efectiv 485	Efectiv 485	Efectiv 485	Efectiv 525	Efectiv 395
Bolnavi civili	Talb. psihice	914	915	1002	979	1006
	" neurologice					103
	Total	914	915	1002	979	1109
Militari	Talb. psihice				469	458
	" neurologice					126
	Total				469	584
Răniți	Talb. psihice					4
	" neurologice					63
	Total					67
Total general		914	915	1002	1448	1760

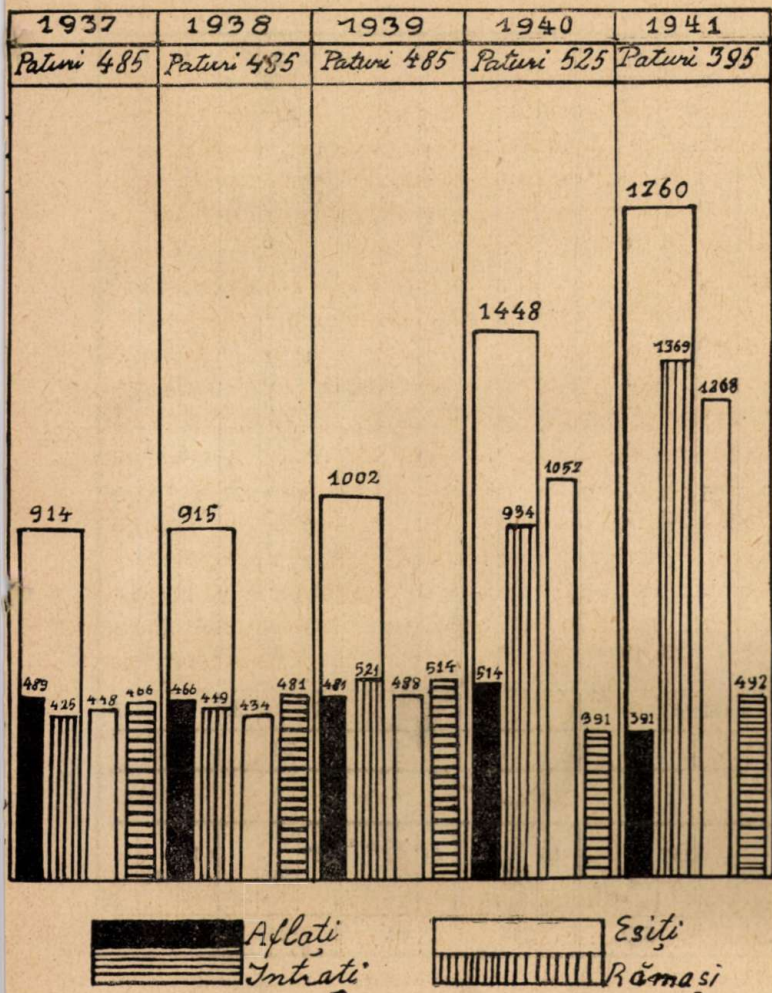
Totuși nu trebuie să privim cu ușurință această chestiune, care evidențiază tot mai mult necesitatea punerii în aplicare a igienei și profilaxiei mintale, deoarece la o mare parte a militarilor, turburările au fost actualizate numai de împrejurări, altfel ar fi rămas neobservate, iar numărul mare de epileptici printre militarii cu serviciul militar satisfăcut, nu poate decât să ne îngrijoreze.

Pentru o mai clară expunere redăm statistica generală pe anul 1941.

În graficele Nr. 5 și 6 reprezentăm procentual frecvența pe maladii a cazurilor cu turburări psihice și neurologice a pacienților civili, tratați, ieșiți și rămași în decursul anului.

Stabilind valoarea medie aritmetică¹⁾ a curbei de variație procentuală la bolnavii civili cu turburări psihice, tratați în decursul anului, am găsit-o de 4,7. Constatăm că valorile ce depășesc această medie, adică acelea care reprezintă cea mai mare frecvență de bol-

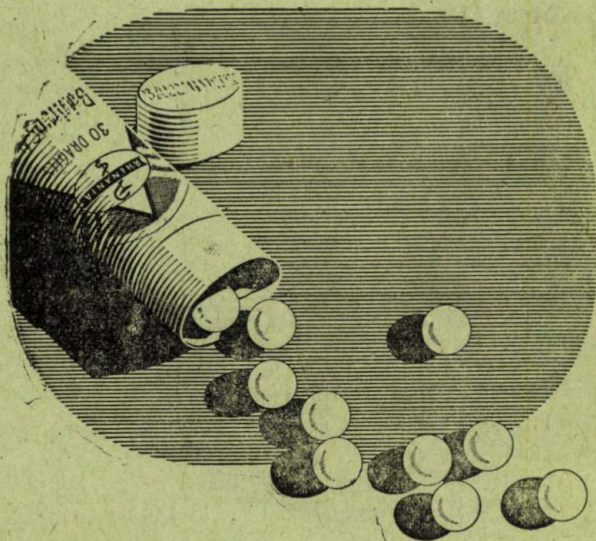
¹⁾ Media aritmetică reprezintă suma tuturor valorilor împărțită la numărul lor.



Situația pe anul 1941

	Aflați la 31 XII 940		Intrați in 1941			Total tratați			EȘIȚI													Rămași la 31 XII 941								
									Vindecați			Ameliorați			Status quo			Nealienați			Decedați			Total eșiți						
	Civ.	Mil.	Civ.	Mil.	Rân.	Civ.	Mil.	Rân.	Civ.	Mil.	Rân.	Civ.	Mil.	Rân.	Civ.	Mil.	Rân.	Civ.	Mil.	Rân.	Civ.	Mil.	Rân.	Civ.	Mil.	Rân.	Civ.	Mil.	Rân.	
Idiotie	4		14			18									13										13			5		
Imbecilitate	26		17			43									13										13			30		
Debilitate mintală	1	4	2	64		3	68					1			2	68									3	68				
Psih. maniac depresivă	39		105	6		144	6		34	3		49	1		14	1					4				101	5		43	1	
Paranoia	25		8			33						4			8										12			21		
Parafrenie	26		18			44						4			9										13			31		
Schizofrenie	135		130	21		265	21		3			61	6		17	12					6				87	18		178	3	
Confuzie mintală	6		41			47			12			11			12						7				42			5		
Psihoză de războiu					3			3						1													1			2
Alcoolism	10		43			53			20			10			2						4				36			17		
Morfinomanie	1		4			5			1						3						1				5					
Pelagră			18	2		18	2		3	2		7			4										14	2		4		
Epilepsie	18		30	119		48	119					12			10	114					6				28	114		20	5	
Psih. encefalopatică	4		2			6						3			1										4			2		
Psih. arterio-scleroasă			2			2									1						1				2					
Dementă senilă	7		25			32						6			6						8				20			12		
Sifilis nervos	47		124	7		171	7		1			50	1		41			2			22				114	3		57	4	
Psihastenie	3		20	1		23	1		4			9	1		5										18	1		5		
Psihoză isterică	1		7	4	1	8	4	1		2	1	3			4			2							7	4	1	1		
Infantilism			3			3									1					2					3					
Nealienați	2		14	221		16	221								1			13	221						14	221		2		
In observație	18	12	6	4		24	16								23	16									23	16		1		
Total	373	16	623	449	4	1006	465	4	78	7	1	230	9	1	190	211		15	225		59				572	452	2	434	13	2
Total general	389		1086			1475			86			240			401			240			59				1026			449		
Neurastenie			10	30		10	30		3	1		3	2		3	26									9	29		1	1	
Nevroză traumatică (inc. răz.)			6	25	6	6	25	6	1	1		3		6	2	25									6	25	6			
Migrenă oftalmică				3			3									3										3				
Monoplegie			2			2									2										2					
Paraplegie			14	2		14	2					1			11						1				13			1	2	
Hemiplegie			14			14						2			9						2				13			1		
Hemipareză			14			14									13										13			1		
Hemoragie cerebrală			2			2															2				2					
Tumora cerebrală			4	6		4	6					1			3	6									4	6				
Coree			3			3						1			2										3					
Maladia lui Wilson				1			1									1										1				
Sindrom bulbar			2	1		2	1								2	1									2	1				
Compreșiune medulară			2			2									2										2					
Hematomieli			1	1		1	1					1				1									1	1				
Sindrom vestibular				3			3									3										3				
Scleroză în plăci			1	5		1	5					1				5									1	5				
Atrofia musculară mielopatică			2			2																						2		
Tabes	1		3	12		4	12					4				11									4	11		1		
Maladia lui Frodoletch				1			1									1										1				
Paralizii periferice			3	4	57	3	4	57						25	3	4	2								3	4	27			30
Nevrite			2	2		2	2								2	2									2	2				
Sciatică			5	1		5	1		1						4	1									5	1				
Nevralgia trigemenului			3			3						1			2										3					
Atrofia nervului optic			1			1									1											1				
Atrofia musculară progresivă	1		2			3									1										1			2		
Miozită fibroasă			1			1									1										1					
Maladia lui Parkinson			3	22		3	22					2			3	19									3	21		1		
Maladia lui Basedow			1			1									1										1					
Total	2		101	119	63	103	119	63	5	1		18	4	31	67	109	2				5				95	114	33	8	5	30
Total general	2		283			285			6			53			178						5				242			43		
Total civili	375		734			1109			83			248			257			15			64				667			442		
" militari		16		568		584			8			13			320			225							566			18		
" răniți					67		67			1		32			2											35			32	
Total general	391		1369			1760			92			293			579			240			64				1248			492		

Pentru obținerea unui efect satisfăcător



la terapia cu valeriană de altădată, era necesar, administrarea în doze masive.

Baldrian-Dispert, un preparat nativ, concentrat prin uscare, nu prezintă acest dezavantaj ci permite, grație standardizării sale, o acțiune sedativă completă a Valerianei. 3 Drajeuri de Baldrian-Dispert = 100 U. S. V. (Unități soarece de valeriană) după Haffner. Concentrația aceasta înaltă se obține prin procedeul modern de fabricațiune, prin dispersiune "Dispert".

Ambalaje originale: Flacoane cu 30, 100 și 300 drajeuri.

"Rhenania" Secția Farmaceutică S. A. Kali Chemie, Berlin.
Dep.: Pharmag S. A., Brașov.

Baldrian
Dispert

preparat foarte concentrat de valeriană, fără gust și miros

CALCIRON TRENKA

Guajacol - Calciu - Sirop de Malt

Gust foarte plăcut. Îl iau cu plăcere și copiii mici.

Ambalaje originale de 100 și 300 gr.

Ambalajul de 300 gr. costă cât 2 de 100 gr.

EUCARBON TRENKA

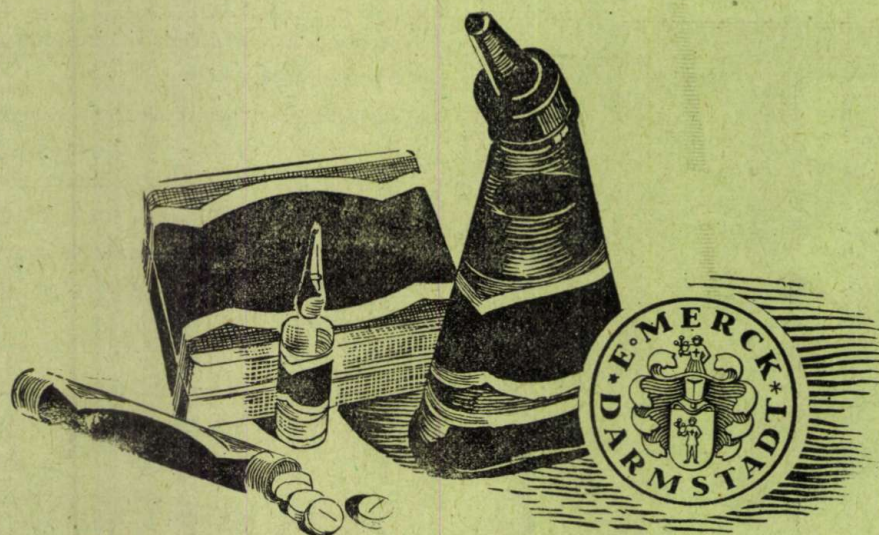
Ambalaj original de 40 și 100 Tablete.

— Unul dintre cele mai probate și eficace produse germane —

REPREZENTANT:

Mr. G. HIETSCH, Sibiu - Strada Gh. Coșbuc Nr. 15

Laborator chimico-farmaceutic



OESTROMENIN

4,4'-Dioxi- α , β -dietilstilben

Preparat sintetic cu acțiunile biologice ale
hormonului folicular.

*In turburări de menopauză și
în toate celelalte indicațiuni ale tratamentului
cu hormon folicular*

Picături • tablete • fiole

A stylized, cursive signature of 'E. Merck'.

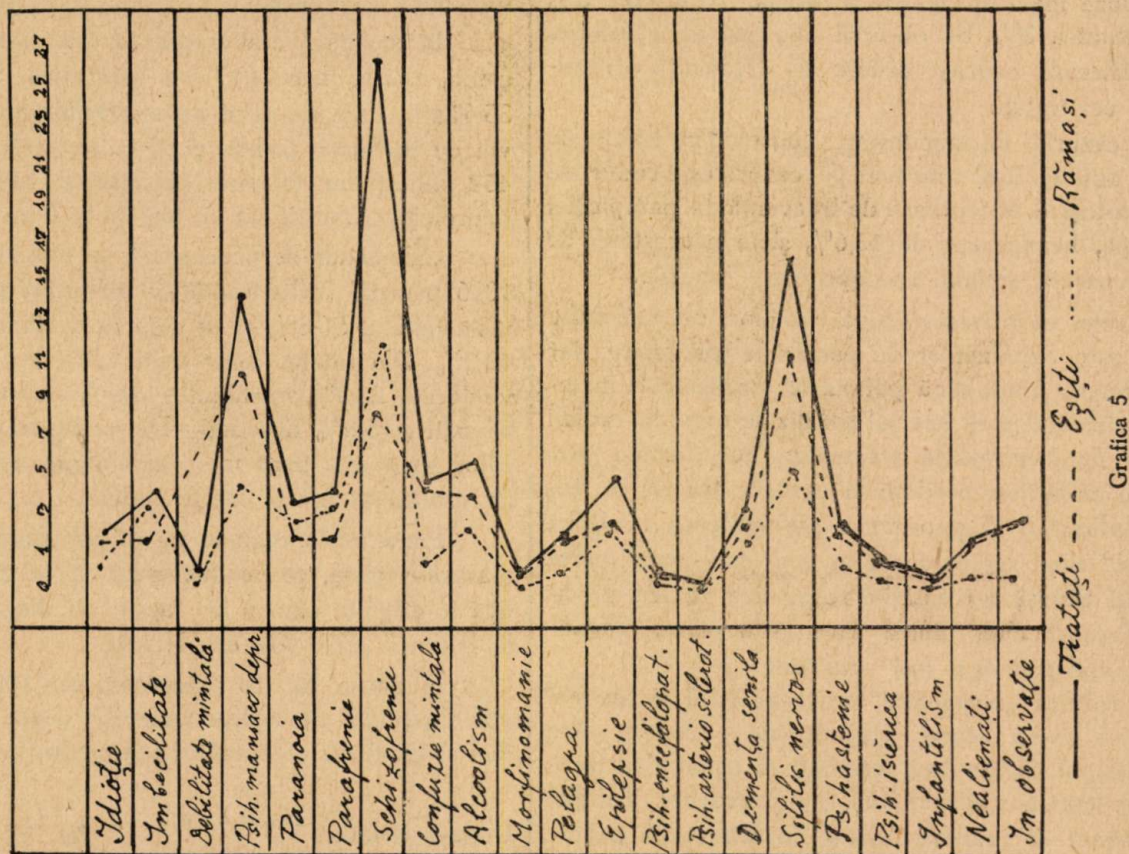
FABRICA DE PRODUSE CHIMICE • DARMSTADT • FONDATĂ 1827

Reprezentanța generală: Chimiroman, Farmacist Liviu Bancu, București I, Str. T. G. Masaryk No. 32

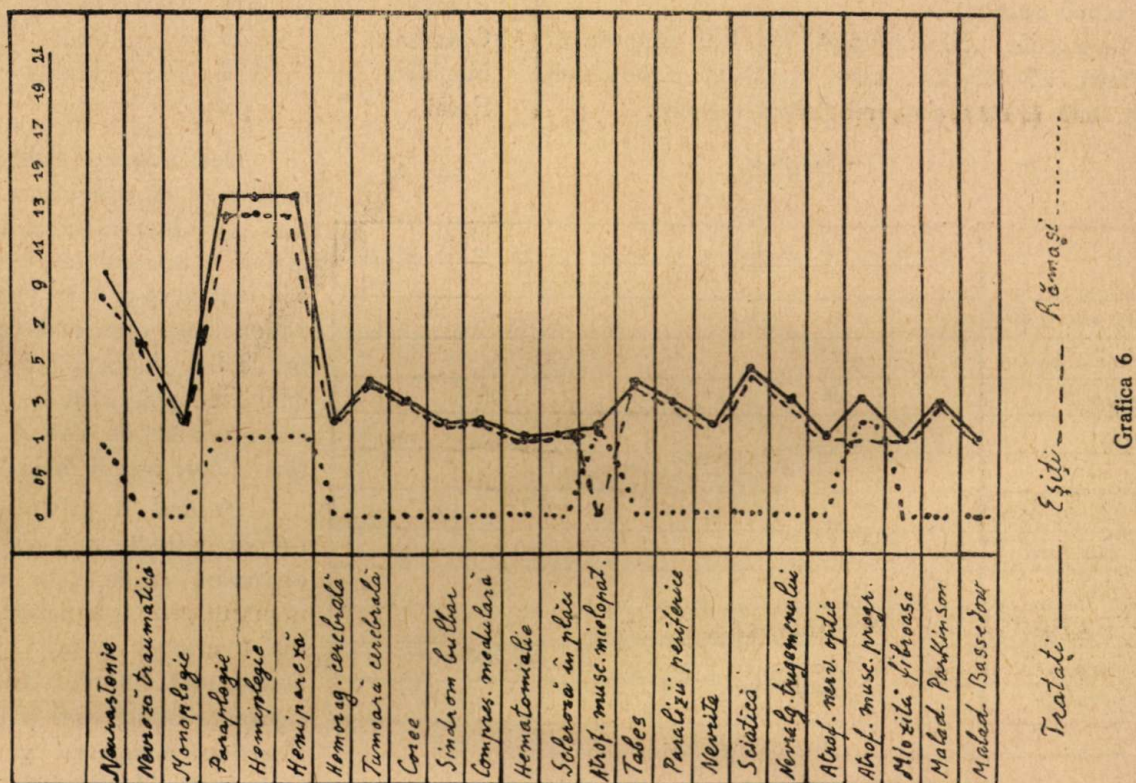
navi, în mod erarhic dela cea mai mare spre cea mai mică sunt: schizofrenia 26,3⁰/₀, sifilisul nervos 14,3⁰/₀, alcoolismul 5,2⁰/₀ și epilepsia 4,8⁰/₀. La cei ieșiți din spital față de totalul trataților valoarea medie aritme-

tică procentuală este de 2,2, iar erarhic, maladiile cu cea mai mare posibilitate de îndreptare sunt: Sifilisul nervos 11,3⁰/₀, psihoza maniaco-depresivă 10⁰/₀, schizofrenia 8,6⁰/₀, confuzia mintală 4,1⁰/₀, alcoolismul 3,5⁰/₀,

Civili



Civili



și epilepsia 2,7⁰/₀. La cei rămași în spital media aritmetică procentuală este de 2,5⁰/₀, iar maladiile ce lasă în fiecare an un anumit număr de bolnavi cronici, ar fi în mod erarhic: schizofrenia 17,7⁰/₀, sifilisul nervos 5⁰/₀, psihoza maniaco-depresivă 4,3⁰/₀, parafrenia 3⁰/₀ și imbecilitatea 3⁰/₀. Se observă deci, că cei rămași în spital păstrează aceeași ordine de frecvență procentuală cu cei tratați.

La cazurile cu manifestări neurologice tratate în decursul anului, deși numărul de cazuri este redus, se observă totuși o accentuare de frecvență la paraplegie, hemiplegie, hemipareze de 13,6⁰/₀ și la neurastenii de 9⁰/₀. Au părăsit spitalul aproape toate cazurile.

În ceea ce privește grupa răniților, cel mai mare procent este reprezentat de paralizii periferice, iar dintre acestea predomină paralizii localizate la membrele superioare și în special paralizii nervului radial. Urmează apoi nevrozile traumatice de războiu etc. La grupa militarilor predomină cazurile trimise în vedere confirmării diagnosticului de epilepsie, rubrica „epilepsie” fiind reprezentată în cea mai mare parte de recruți trimiși de unitățile respective pentru precizarea diagnosticului, dintre care la o parte, diagnosticul de epilepsie a și fost confirmat.

La rubrica „Nealienați” se încadrează în cea mai mare parte tinerii recruți suspecti de epilepsie, care însă în timpul cât au fost internați în spital n-au făcut accese epileptice nici spontane, nici provocate. Tot aici se înglobează și indivizii trimiși în observație pentru alte afecțiuni neuro-psihice, la care însă nu s'a putut constata nimic patologic.

La categoria „Neurastenie” au fost repartizați bolnavi între 25—35 ani, care au satisfăcut serviciul militar la timp și care s'au îmbolnăvit ulterior.

Rubrica „debilitate mintală” cuprinde în marea majoritate recruți incapabili de instrucție, trimiși pentru examinarea stării lor mintale.

La grupa „Maladia lui Parkinson” se cuprinde și sindromul parkinsonian post-encefalic (Grafica 7 și 8).

În decursul anului au părăsit spitalul 1268 pacienți, dintre care 667 au fost civili, 566 militari și 35 răniți. Față de felul manifestărilor au fost 572 civili cu turburări psihice și 95 cu turburări neurologice; 452 militari cu turburări psihice și 114 cu turburări neurologice, iar răniții au fost cu turburări neurologice.

Calculându-se procentual, se observă că din cei 1006 pacienți civili tratați cu turburări psihice au părăsit spitalul 56,8⁰/₀ și în curs de tratament au rămas 43,2⁰/₀. Din totalul celor ieșiți 7,8⁰/₀ au fost demși ca vindecați, 22,7⁰/₀ ameliorați, 18,8⁰/₀ staționari, 1,4⁰/₀ nealienați și 5,8⁰/₀ decedați. De remarcat că procentul celor ieșiți este mult mai mare decât a celor rămași, iar mortalitatea este foarte redusă.

Fiind într-o regiune cu o populație în oarecare măsură variată, găsim interesant să prezentăm o grafică a originii etnice în raport cu diagnosticul psihic la bolnavii civili (Grafica Nr. 9).

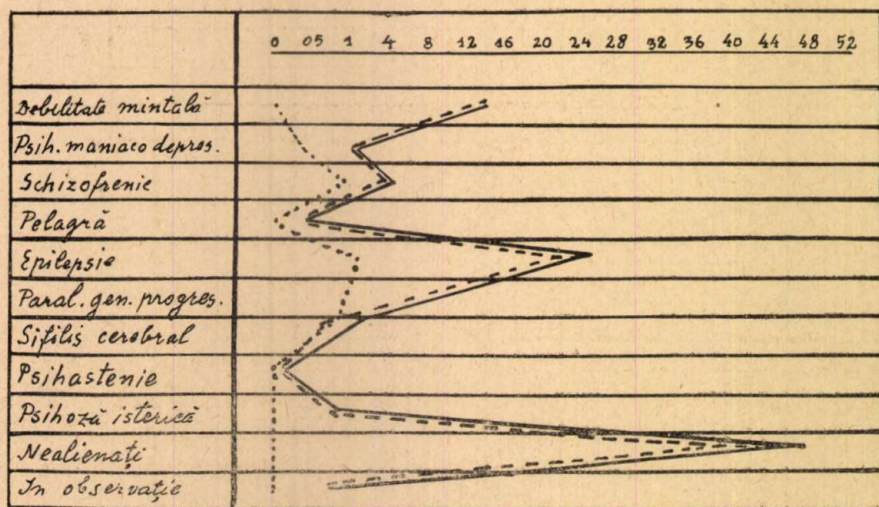
În tabela Nr. 10 prezentăm cei 1006 bolnavi civili din punct de vedere numeric, procentual și a mediei aritmetice a afecțiunilor psihice după originea etnică.

Originea etnică	Numărul cazurilor	%	Media aritmetică
Români	698	69,7 ⁰ / ₀	4,7
Germani	133	13,2	5,8
Maghiari	117	11,5	6,2
Evrei	58	5,6	8,9

Deși numărul Românilor este cu mult mai mare decât la celelalte națiuni, se observă totuși că media aritmetică a procentului este la Români cea mai mică și în creștere la celelalte naționalități, ajungând ca la Evrei să fie de 8,9. Aceasta dovedește că Germanii, Maghiarii și Evreii au un mai mare număr de cazuri în raport cu totalul lor, tratați în spital.

Făcând o privire de ansamblu asupra întregii mișcări a bolnavilor, observăm că în anul acesta, cu tot numărul redus de paturi, am avut totuși o mișcare cu mult mai mare decât anul trecut. Împrejurările actuale, nesiguranța bunei stări și a liniștii interioare au îndepărtat și mai mult pe individ de idealul integrării și adap-

Militari



— Tratat — Eșit — Rămași

Grafica 7

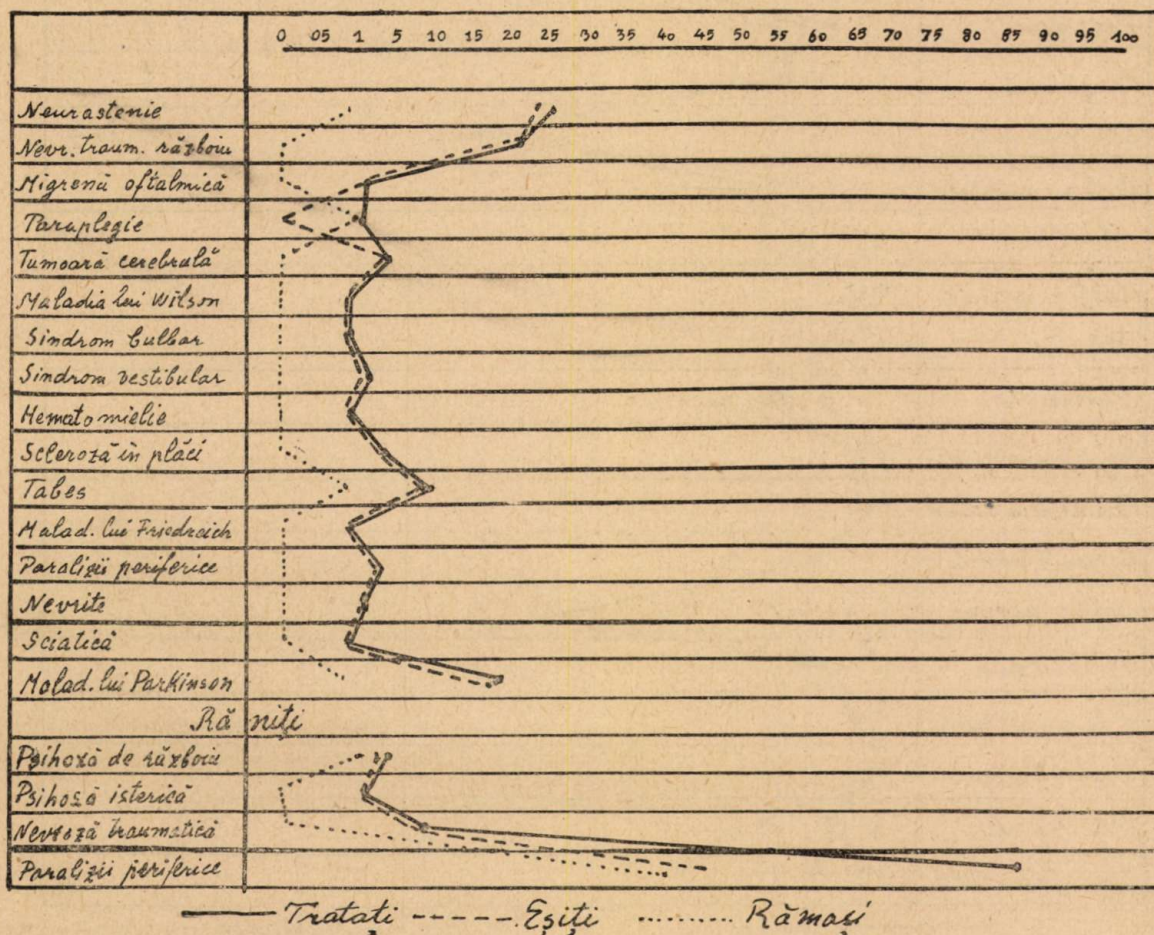
tării cu el însuși și cu societatea, iar conflictele psihosociale fiind tot mai accentuate prin tensiunea psihică inerentă factorului războiu, a făcut ca un foarte mare număr de indivizi, care până acuma duceau o existență compatibilă cu mediul lor de viață, în fața imperativului prezent să ceară asistență medicală (cazul militarilor).

Factorul economic a determinat o mai mare frecvență a psihozei pelagroase ce a apărut chiar în regiunea unde înainte era inexistentă.

este asigurat tratamentul convalescenților, putând fi urmăriți după ieșirea lor din spital.

În decursul anilor s'a putut realiza în parte acest ideal. În Sibiu există un serviciu de consultații neuro-psihiatrice pe lângă dispensarul local și un serviciu închis, spitalul nostru, rămâne de realizat și cel de al treilea element, serviciul deschis. Sunt o serie de bolnavi cu turburări neuro-psice, care nu găsesc îngrijirea în nici o parte și de cele mai multe ori sunt lăsați de capul lor, fără îngrijire și fără reconfortare, sfârșind în

Militari



Grafica 8

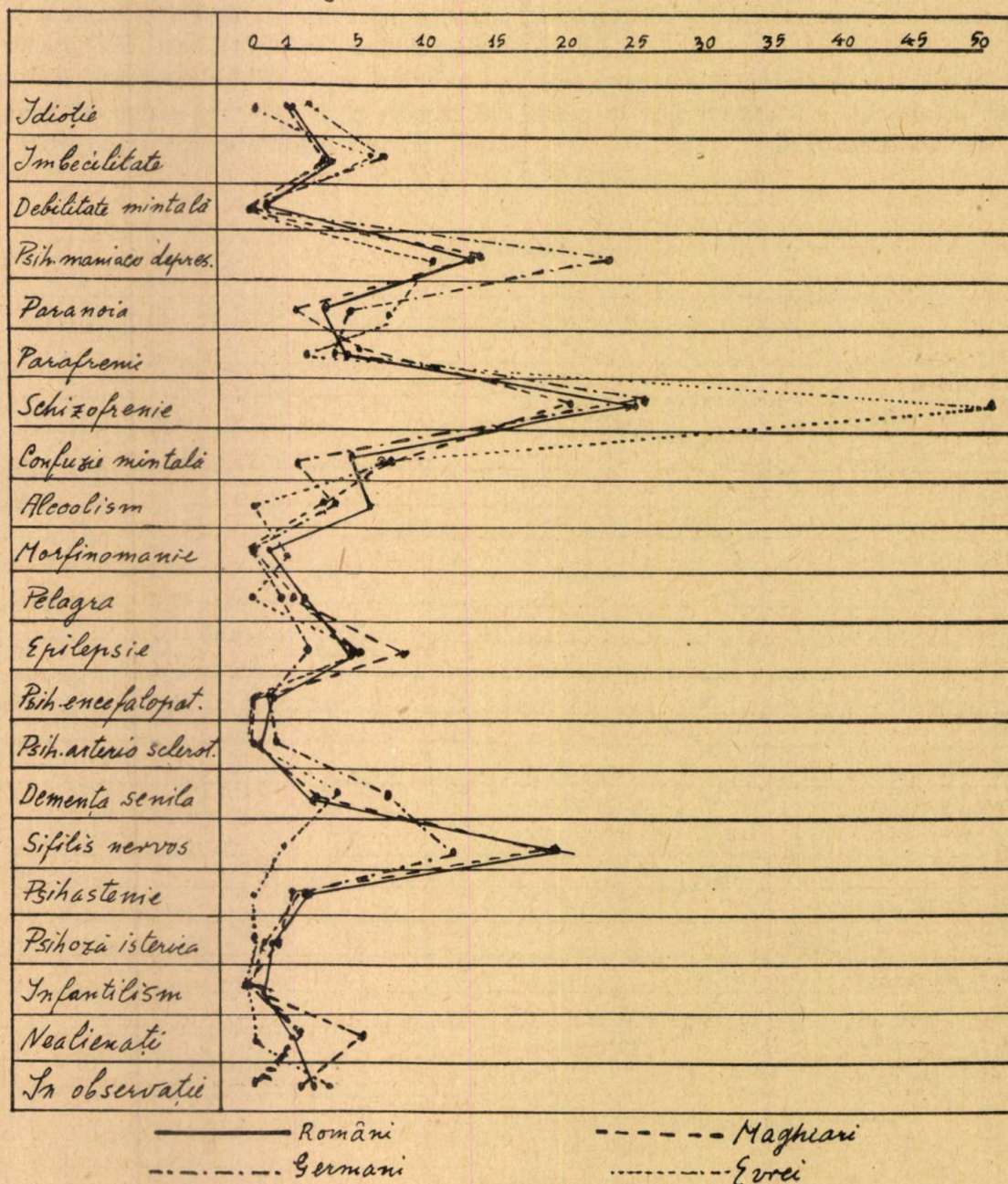
În ceea ce privește viitorul amintim că autorii străini și români insistă, că armatura oricărui spital psihiatric trebuie să fie bazată pe organizarea unui serviciu de consultații externe — dispensar — un serviciu deschis și unul închis. Aceste 3 elemente asigură depistarea, îngrijirea bolnavilor incipienți cu forme ușoare și a bolnavilor ce necesită o supraveghere severă. Numai astfel un bolnav poate fi urmărit în tot decursul evoluției boalei, aceasta fiind un fapt capital, și înșfârșit

cele din urmă prin a face o adevărată maladie mintală. În plus timpurile actuale pun problema unor cazuri speciale, concentrații, ei aparținând unei organizațiuni de Stat aparte, unde reprezentantul Ministerului Public și Secția tutelară nu pot avea amestec, aceste cazuri fiind înafară de Legea sanitară.

Organizarea și funcționarea unui astfel de serviciu se poate face după modelul celor din Franța, unde a dat rezultate excelente.

La spitalul nostru realizarea și acestui al treilea serviciu ar fi fost mai repede făcută dacă nu eram siliți să adăpostim în spital instituțiile venite din Cluj, așa rămâne să-l realizăm după reîntoarcerea lor.

Origina etnică



Grafica 9

Alimentația copilului

de

Prof. Dr. Gh. Popoviciu

(Continuare din Nr. 8)

II.

i) Trebuința alimentară, alimente de durată și terapeutice

Creșterea în greutate a copilului de săn, ca și a celui nou-născut, este în funcție în primul rând de ingerarea de apă, săruri, idrați de carbon și proteine. În timpul din urmă s'a arătat rolul important al grăsimilor și vitaminelor, sub acest raport. *Importanța apei*, rezultă din bogăția mărită a țesuturilor tinere în apă. La copil metabolismul apei este mult mai labil, cu atât mai mult cu cât sunt mai tineri. În genere copilul îngerează, reține și elimină mai multă apă, ca adultul. Labilitatea metabolismului apei este mai accentuată la copiii cu constituția nenormală (idrolabili, predispuși la eczemă). Se pierde cantități însemnate de apă în special în turburările de nutriție (cele acute toxice din timpul verii

produc o stare de exaltație a țesuturilor, prin eliminarea gastro-intestinală și respiratoare a apei). Se produc astfel stări extrem de grave, organismul tânăr, în creștere, fiind foarte sensibil față de pierderile de apă. Pierderea a 1/3 din greutatea maximă, consecutivă acestor pierderi de apă, este de obicei fatală pentru copil.

În genere copiii rezistă mai puțin în inaniție. Ei pierd și produc mai multă căldură, deci își epulzează mai repede rezervele (idrații de carbon, grăsimile).

Trebuința de săruri este mărită în perioade de creștere mai intensă, adică în prima copilărie.

Se observă o legătură directă cu metabolismul apei, în sensul că un plus de săruri mărește retenția de apă, deci creșterea în greutate, la copiii mai mici și cu deosebire la copiii de sân distrofici sau în inaniție, cât și la cei bolnavi.

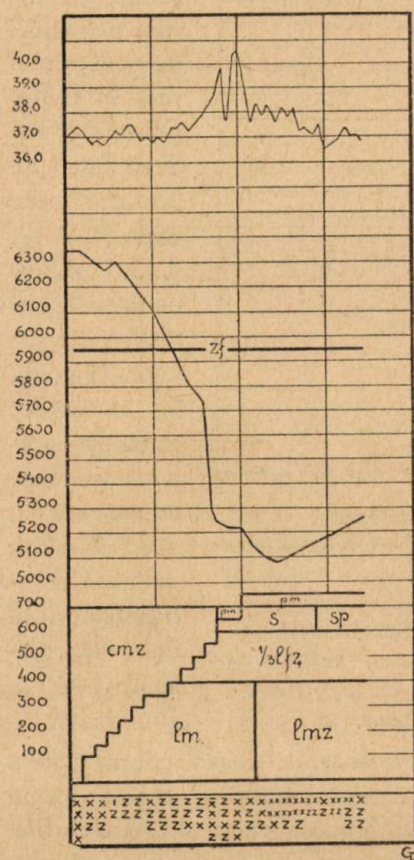


Fig. 6. — Influența sărurilor și a idraților de carbon asupra creșterii (după Popoviciu-Cirlea).

Copil idrolabil, de 6 luni, cu eczemă, albuminurie, retenție de Na Cl și azot; scade brusc, cu ridicarea temperaturii, la un regim sărac în săruri și începe să se refacă în special la un plus de idrați de carbon (lapte de vacă zaharat și făinos, lapte de mamă zaharat); cmz ceaiu cu piureu de mere crude și zahăr, lm lapte de mamă, 1/3 l/z 1/3 lapte cu făină și zahăr, pm piureu de mere crude, s supă de legume, lmz lapte de mamă zaharat, sp supă cu piureu, zf zeamă de fructe.

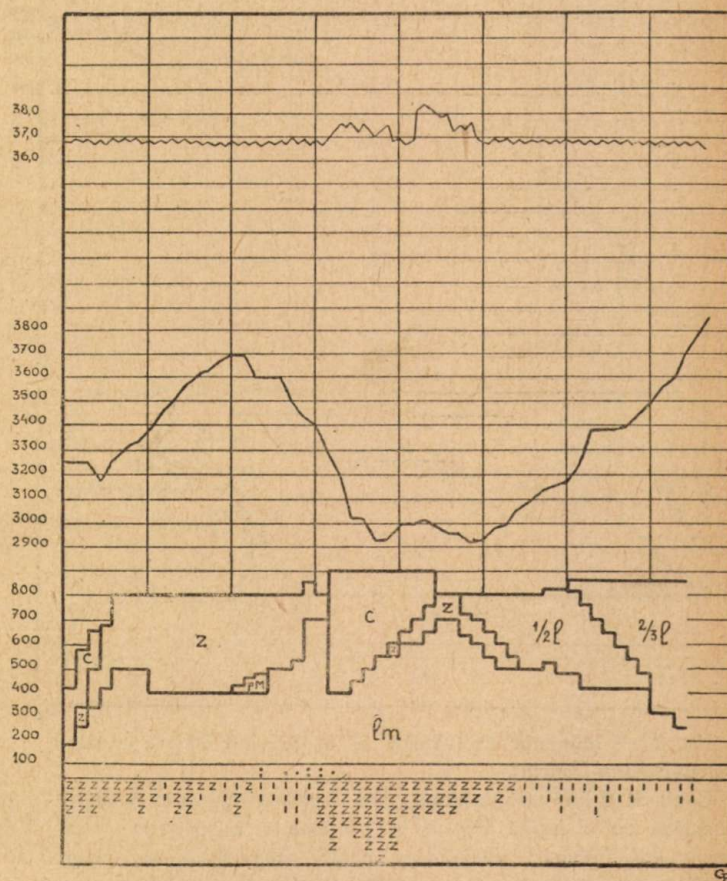


Fig. 5. — Influența sărurilor asupra creșterii (după Popoviciu-Danciu).

Copil atrofie de 3 luni. Creștere bună la o hrană bogată în săruri (zare), urmată de o scădere accentuată la înlocuirea ei cu lapte de mamă (sărac în săruri) și apoi, din cauza turburărilor digestive, cu ceaiu. Restabilirea la un nou plus de zăre, înlocuită în curând cu lapte de vacă diluat (mai sărac în săruri ca zarea, dar mai bogat ca laptele de mamă; în același timp mai bogat în grăsimi ca zarea). Cu acestea și cu idrați de carbon, cu care este completat, laptele de vacă împreună cu cel de mamă produc o creștere mai accentuată și mai durabilă. — c ceaiu, lm lapte de mamă, z zăre cu 1% făină de grâu, 3% zahăr, 1/3 l 1/3 lapte cu 1,5% făină, 4,5% zahăr, 2/3 l 2/3 lapte cu 1,5% făină, 4,5% zahăr.

La aceștia, în special la atrofici, scăderea sărurilor în alimente (de ex. trecerea dela alimentarea artificială la lapte de mamă), produce o scădere a greutății (agravarea inițială). În schimb retenția de săruri este mai mărită la o hrană bogată în ele (la copilul de sân hrănit cu lapte de vacă, mai bogat în săruri ca

laptele de mamă). Ea crește la un plus de proteine în alimente, de asemenea la idrați de carbon, cât și la un plus moderat de grăsimi. În diaree, retenția sărurilor este scăzută.

O creștere până la un punct analoagă celei obținute printr'un plus de săruri, se observă uneori la plusul de idrați de carbon. Creșterea astfel realizată, se datorește retenției de apă și poate regresa relativ ușor. Un copil hrănit înainte abundant cu idrați de

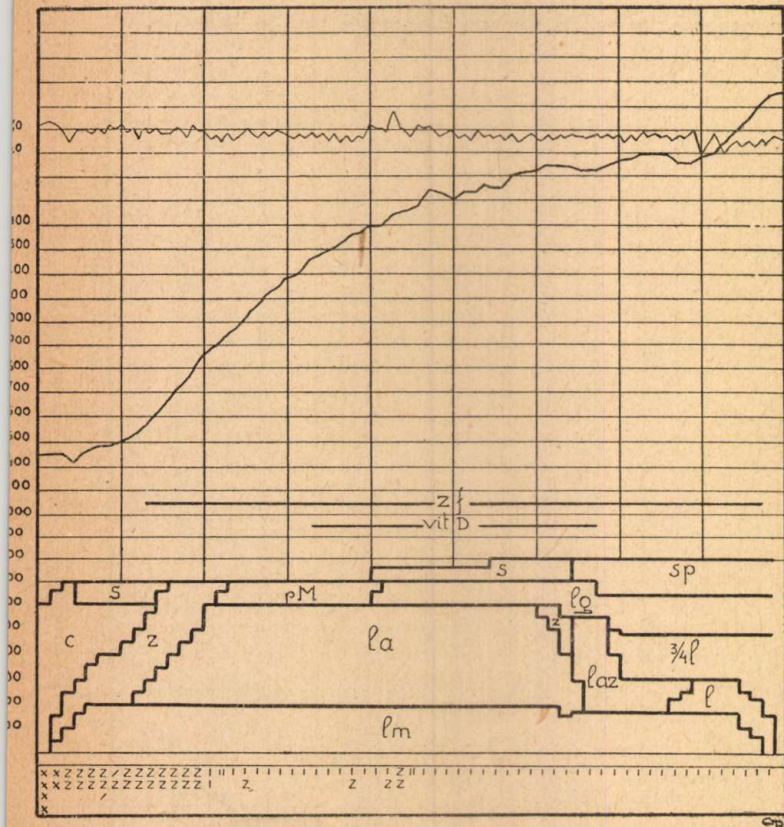


Fig. 7. — Influența proteinelor și a sărurilor asupra creșterii (Popoviciu-Berariu-Danciu).

Copil de 9 luni atrofie (după gripă, turburări digestive repetate). Realimentare cu o hrană bogată în proteine și săruri (zare, lapte albuminos) etc. Influența vitaminelor asupra creșterii la acest copil este mai puțin evidentă, ca la copilul din fig. 9, observându-se o perioadă de oprire încă în timpul administrării lor. Nouă creștere cu ocazia trecerii la regimul normal, corespunzător vârstei (11 luni), înlocuindu-se laptele albuminos (plus zăre) cât și laptele de mamă cu lapte de vacă, mai bogat în idrați de carbon, chiar și în proteină și cu deosebire în grăsimi și săruri. — c ceaiu, s supă, z zăre, pM papa lui Moro, lm lapte de mamă, la lapte albuminos, lg lapte cu griș, laz lapte albuminos cu zăre, $\frac{3}{4}l$ lapte cu zăre, l lapte complet cu zahăr, sp supă cu piureu, zf zeamă de fructe, vit D irasterină.

carbon, în înălțime și turburări digestive scade mult mai brusc în greutate, tocmai din cauza eliminării apei reținută prin hrana cu idrați de carbon.

Unul copil de săn, care nu crește la un anumit idrat de carbon, își măresc adesea greutatea la combinația a mai multora (de ex. în loc de 6% zahăr, la 4% zahăr și 2% făină de grâu sau extract de malt).

În acest caz din urmă au rol probabil substanțe accesorii (proteine, vitamine, etc.), care lipsiau înainte. Copiii au o toleranță¹⁾ mărită față de zahăr, datorită probabil capacității de a-l depozita.

La copilul de săn, depozitele de glicogen (în ficat, mușchi) sunt relativ mai mici. De aceea zahărul se transformă mai ușor în grăsime, ca la copilul mai mare și adult. Astfel, deși hrana ideală, laptele de mamă, conține aprox. jumătate din calorii în formă de grăsimi, copiii de săn sunt alimentați cu succes și cu o hrană mai săracă în grăsimi, adăugată cu idrați de

carbon (cu rezervele de mai jos, v. grăsimile și zărea).

Trebuința copilului este cu deosebire mărită față de proteina alimentară, creșterea țesuturilor petrecându-se în primul rând în contul proteinelor. Trebuința de proteine este până la 2 ani de 3,5–4,5 gr pe kg, scăzând treptat cu vârsta (1 gr pe kg la adult). Retenția proteinelor se face numai atunci, când și cellalt material combustibil (idrați de carbon, grăsimi) este în abundență.

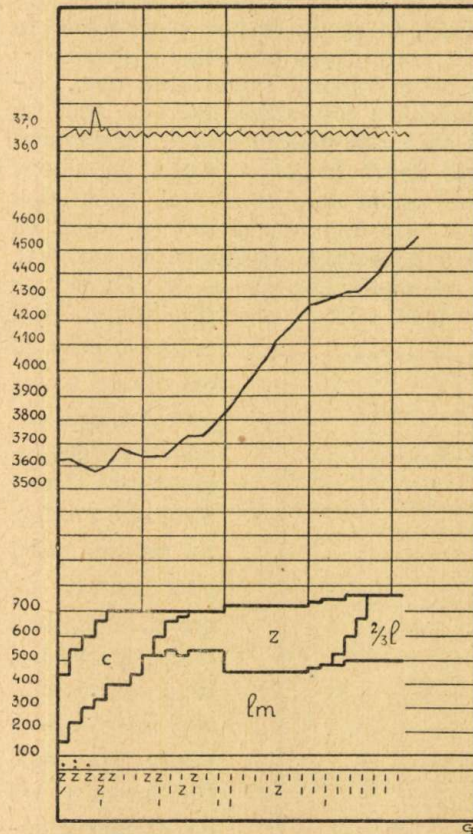


Fig. 8. — Creștere bruscă la alimentare mixtă cu zăre, înlocuită la timp treptat cu $\frac{2}{3}$ lapte, mai bogat în grăsimi (după Popoviciu-Danciu).

Copil de 2 luni, primit cu turburări digestive acute. — c ceaiu, lm lapte de mamă, z zăre, cu 1% făină, 3% zahăr, $\frac{2}{3}l$ lapte cu 1,5% făină, 4,5% zahăr.

Grăsimile sunt indispensabile dezvoltării normale a copilului de săn. Retenția apei în țesuturi se face într-o formă mai stabilă la o hrană cu grăsimi, ca la idrați de carbon și proteine (v. mai jos zărea). Greutatea obținută printr'un lapte bogat în grăsimi (laptele de mamă relativ mai bogat ca cel de vacă), sau prin gălbenușul de ou

¹⁾ în general toleranță = proprietatea de a suporta un aliment fără turburări de nutriție; ea este scăzută la prematuri, născuți, copii de săn mici, în infecții, inaniție, turburări de nutriție prealabile, constipații patologice, mai puțin la supra-alimentați.

gurița (1—3 lingurițe la o alăptare în primele zile, mai târziu 4—6 lingurițe); eventual chiar cu sonda sau pipeta, până când va ajunge să poată suge. Laptele se mai poate aspira cu un clopot (pompa de piept).

Cantitatea zilnică a laptelui supt în general, e mai mică ca a copiilor normali și va fi mărită, numai când copilul nu crește. În genere ne vom mulțumi întâi, în primele săptămâni, cu progrese mai modeste, evitând riscurile unei supraalimentații. În caz de desvoltare insuficientă vom adăoga însă în laptele de mamă 1—2% dintr'un zahăr azazis alimentar (*Soxhlet, Wander*), sau dintr'un preparat albuminos (plasmon, larosan, cafoselnă etc.).

Trebuințele calorice ale prematurilor, ca și în genere ale copiilor cu greutate subnormală, sunt mai curând mărite (chiar peste 140 calorii pe kg greutate). Totuș e mai bine să începem, ca și la copiii normali în genere, cu cantități mai mici (100 calorii sau chiar mai puțin), la care mulți prematuri se dezvoltă bine.

Când prematurul continuă să nu crească la lapte de mamă, trebuința lui mărită de proteine și săruri va fi acoperită prin *alimentarea mixtă* (1—2 sugeri înlocuite fie prin zăre cu 3—5% zahăr alimentar, fie prin lapte complet cu 10—17% zahăr¹⁾).

Alimentarea artificială în primele săptămâni este foarte riscată. Vom prefera *zarea* (babeurre). Zarea este lichidul rămas la pregătirea untului, prin baterea sau centrifugarea laptelui acrit. Ea trebuie adăogată cu făină (1% = 1 linguriță la 500 gr zăre) și cu zahăr (5% = 1 bucată zahăr sau 1 linguriță praf de zahăr, la 100 gr zăre; în loc de zahărul obișnuit mai bine un amestec de dextrină-maltoză, *Soxhlet, Wander* etc.).

Dela vârsta de 4 săptămâni, această hrană săracă în grăsimi va fi înlocuită cu un regim mai gras. Un asemenea aliment, foarte potrivit la această vârstă este *laptele cu rântaș* sau *prăjeală* (*mâncarea untoasă-făinoasă* a lui *Czerny și Kleinschmidt*). Se pregătește din lapte, făină prăjită cu unt (rântaș, prăjeală) și zahăr. Se iau 15—35 gr (3—7 lingurițe) unt, se amestecă la foc până la dispariția mirosului de acreală (3—5 minute), se adăoga tot atâta făină, amestecându-se la foc mic (marginea mașinei), până se obține o masă fluidă și brună. Se adăoga apoi 300—500 gr apă caldă, 15—25 gr zahăr. Această supă de rântaș (cu 3—7% unt, 3—7% făină, 2—5% zahăr) se amestecă cu lapte, în proporție de două părți (2/3) supă, 1 parte (1/3) lapte. Se dă copiilor în cantitatea de 150—200 gr pe kg greutate.

Ca alimente concentrate, se recomandă *zarea concentrată* (2% făină, 13% zahăr) și *laptele complet* cu 10% zahăr; ambele câte 120 gr pe kg greutate.

¹⁾ Laptele complet cu 17% zahăr = dubo (duplex bovinum = hrană dublată, v. și pct h).

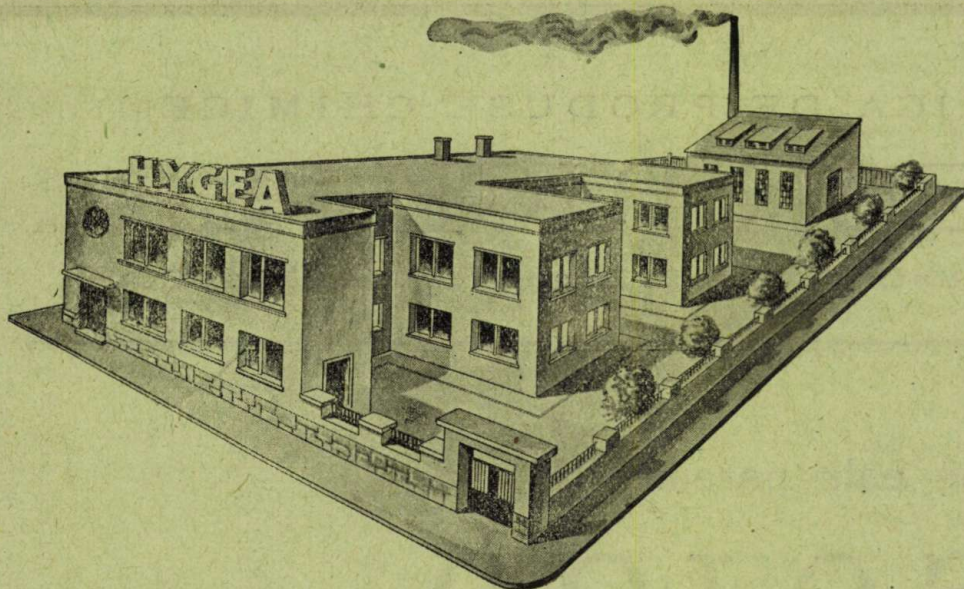
Copiii mai mari trecuți de 3 kg, prematuri, debili, inapetenți, distrofici, li se poate da $\frac{2}{5}$ — $\frac{1}{2}$ lapte cu $\frac{3}{5}$ — $\frac{1}{2}$ supă de rântaș; de asemenea după 2 luni, *laptele complet cu rântaș* (100 gr lapte, 3 gr făină, 5 gr unt, 7 gr zahăr) sau *supa untoasă-făinoasă* (100 gr lapte, 7 gr făină, 5 gr unt, 5 gr zahăr), ale lui *Moro*. Aceste alimente concentrate, bogate în unt, trebuiesc date cu deosebită precauție copiilor cu intoleranță constituțională față de grăsimi, de asemenea celor predispuși la dipepsii. Acestora din urmă li se dau cu zahărul redus (la 3% sau complet). În orice turburare de nutriție (digestivă) acută, ele (și în genere toate alimentele cu grăsimi) trebuiesc oprite.

1) Alimentarea copiilor de sân cu constituție nenormală

Nu totdeauna laptele de mamă (sau laptele de vacă) e hrana cea mai bună a copilului de sân mic. Copiii de tip *torpid*, grași (cu diateză exudativă, eczemă, limfatism), primesc de vreme, din luna 3—4, supă cu grîș, legume, plasmon, lapte degresat diluat cu decoct de orez, sau cu supă de făină, zăre, reducându-se laptele de mamă (la 3—4 sugeri) sau cel de vacă (la $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ kg); la 8—12 luni, numai două mîncări cu lapte (diluat la jumătate), eventual suprimarea tranzitorie completă a laptelui, înlocuit cu legume, fierți, supe făinoase, fructe, brînză de vacă, plasmon. Atât copiii de sân mici, cât și cel mai mari, pot primi supă de malt (1/3 lapte, 2/3 apă, 5% făină, 10% extract de supă de malt *Löflund*, mai târziu $\frac{1}{2}$ lapte $\frac{1}{2}$ supă făinoasă, 3—8% malt), budinca lui *Moll* etc.

Supă de malt a lui *Keller* se prepară din 1/3 kg lapte amestecat la foc ușor, cu 50 gr (la copiii mai mici 30 gr) făină de grâu. În un al doilea vas se disolvă 100 (60) gr extract de supă de malt (*Löflund*, ordon-malt *Wander*) cu 2/3 kg apă. Cele două lichide se amestecă și se fierb. Amestecul mai bogat în lapte al copiilor mai mari ($\frac{1}{2}$ lapte, $\frac{1}{2}$ supă făinoasă, cu 3—8% malt) se prepară în mod analog, dar cu cantități corespunzător schimbate. Din supă de malt (1 litru conține 640—800 cal.) se dau până la 200 gr pe kg greutate (maximum un litru în total). Este indicată mai ales la copiii constipați, rahitici, contraindicată la cei predispuși la dipepsie.

Budinca de pesmeți (a lui *Moll*) se prepară din 40—80 gr făină de pesmeți (= 4—8 linguri rase), amestecate cu 200 gr apă rece și lăsate să stea 2 ore. Apoi li se adăoga 40 gr zahăr cu 1 gălbenuș de ou, amestecate în prealabil până la spumă. Albușul de ou se bate separat și, — amestecat cu 1 gr sare și $\frac{1}{2}$ — 1 gr bicarbonat de sodiu, — se adăoga masel de mai sus. Eventual se mai adăoga 20 gr unt. Întreg complexul se așează într'o formă de budincă, unsă cu unt (5 gr) și presărată cu făină de pesmeți; apoi se fierbe la baie



CLUJ



SENNA-CARBON

TABLETE

Folia sennae plv.
Fel tauri depur.
Carbo depur.
Sulfur depur.
Ol. menthae & phoeniculi

Gastrite, Intoxicațiuni
alimentare, Constipații
acute și cronice



MYKOCID

TINCTURĂ

Jodo-phenol-trichloroxy-
aethanol-dioxybensol-
formol-fuxin-borat

Combaterea micoselor
parazitare



Fabrica HYGEA-CLUJ, S. A. R.
BUCUREȘTI

PENTRU PRODOSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE

Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE
GEDEON RICHTER S. A.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Iodoterapie pe cale parenterală prin

VASOJOD

subcutan, intravenos, intramuscular

Fiole de 2 și 5 cc. conținând
4 respectiv 10 mgr. iod

În flatulență, meteorism, enterite acute și hiperaciditate

MAGNOCARBON

de trei ori pe zi 1—2 tablete

În afecțiunile gastrointestinale
datorite insuficienței pancreatice

PANKRIN și DIPANKRIN

fermenții pancreatici

fermenții pancreatici și duodenali

tablete

marină $\frac{1}{2}$ oră. În loc de făină de pesmeți (are avantajul de a putea fi amestecată în concentrații mari cu laptele, fără a-l îngroșa prea mult, ca alte făinuri), se poate întrebuița orez în aceeași cantitate, fiert în prealabil în apă 1 oră și trecut prin sită. Copiii de sân primesc din budincă 80—100 gr (100 gr = 150—200 calorii), cu 100 gr cealu la o mâncare; ca hrană concentrată 130—150 gr budincă, cu 50 gr cealu (amestecul lor trecut eventual încă odată prin sită). Copiii trecuți de un an, iau budincă fără cealu. În afară de de eczema cronică, budinca de pesmeți este indicată n anemia alimentară, dispepsia cronică, tetanie.

Copiii eretici, slabi, primesc: plasmon, larosan, cafoselnă, pe lângă alăptarea naturală (inalteța sugerilor, în soluții); în alimentarea mixtă (foarte indicată), zăre cu $\frac{2}{3}$ lapte cu făină; în cea artificială, lapte albuminos, supă de malt, zăre. Unii, nedispeptici, merg bine în lunile dintâu cu lapte untos-făinos (v. diferitele preparate la copilul prematur). Asemenea copii trebuiesc trecuți, ca și prematurii, din trimestrul 2 la legume, fierturi făinoase, grîș, fructe. Cei anemici (incl. cei cu seboree, eczemă) primesc tot de atunci ficat (crud sau fiert, în formă de plureu, cu lapte; sau fript, ori ca extract)

Laptele albuminos al lui Finkelstein și L. F. Meyer se pregătește din 1 litru lapte complet crud, adăugat cu presură (1 lingură) sau peguină (5 lingurițe-măsură alăturată preparatului) și ținut $\frac{1}{2}$ oră la 42° C în baie marină; apoi răcit în apă rece. Chlagul produs se pune într'un săculeț de tifon și se atârna 1 oră, ca zerul să se scurgă fără apăsare. Chlagului rămas i se adăogă $\frac{1}{2}$ litru apă, amestecându-se și frecându-se cu lingurița; se trece apoi de 4—5 ori prin sită, pentru a se obține o sfărâmlătură fină. Suspensiile astfel obținute se completează cu $\frac{1}{2}$ litru zăre și se fierbe scurt timp, amestecându-se tot timpul cu un bătător, pentru a se evita formarea de grunji. În timpul fierberii, sau mai târziu, se introduc hidrocarbonații de lipsă (zahăr maltodextrinat, de ex. zahăr alimentar Soxhlet sau ordenzima 5—8% făină de grâu etc. 2%). Valoarea în calorii variază după adaosuri între 450—560, sau chiar mai mult, pe litru.

Laptele cu larosan e un surogat al laptelui albuminos. Se iau 20 gr larosan (cazeinat de calciu, pulverizat) și se amestecă la rece cu aproximativ $\frac{1}{3}$ din $\frac{1}{2}$ litru lapte. Restul de $\frac{2}{3}$ din lapte se așează la fiert și se amestecă bine în timpul când fierbe, 5 minute, cu larosanul dizolvat. După fierbere se strecoară, se diluează cu apă sau decoct de orez (orz, ovăz), până la 1 litru și se îndulcește ca și laptele albuminos.

Laptele smântânos-albuminos (al lui Feer) se pregătește din $\frac{1}{2}$ lapte, $\frac{1}{2}$ apă, 10% smântână, 2-10% zahăr alimentar, 3% plasmon (procentele sunt socotite pe cantitatea de lapte nediluat). Valoarea în calorii

este 600. Preparatele de lapte albuminos sunt *terapeutice*, fiind larg utilizate în turburările de nutriție, acute și cronice ale copiilor de sân.

Copiii constipați, alăptați la sân, vor primi zahăr (sol. lactoză 10%, sau extract de malt 1—2 lingurițe, mai de multe ori pe zi), sau zeamă (suc) de fructe (crude); cei alimentați artificial: făinoase fermentescibile (supă de malt); copiii mai mari: legume, fructe sau regim crud.

m) Hrana copilului trecut de 1 an

Regimul copilului trecut de vârsta de 1 an, din vârsta preșcolară și școlară, trebuie să îndeplinească *două postulate principale*.

El trebuie să satisfacă trebuința energetică necesară vârstei, din cauza creșterii relativ cu atât mai mare, cu cât copilul e mai mic; adică să dea proteine, idrați de carbon și grăsimi în cantitate relativ *mai mică, ca la copilul de sân, dar mai mare* (în proporție cu greutatea corpului) *ca la adult*; în același timp el trebuie să țină seamă și de calitatea necesară a acestor principii organice. Bineînțeles trebuie să conțină în proporția cuvenită, relativ încă tot mărită, apa, sărurile și vitaminele.

Alături de aceste condiții care constituiesc primul postulat, trebuie avut în vedere — ca al doilea postulat — *trecerea laptelui în al 2-lea plan, în favorul legumelor fructelor și aluaturilor*; în legătură cu această schimbare însemnată a hranei, trebuie dată atenția cuvenită pregătirii ei după gradul de dezvoltare și gustul copilului, cât și intervalelor necesare, corespunzătoare. Copilul în vârsta preșcolară și școlară are nevoie de un regim mixt. Regimul unilateral, compus numai din lapte, carne, ouă, practicat mai demult, — așazisul *regim „forte“*, — s'a dovedit *necorespunzător*. El este prea bogat în proteine și produce la preponderența ouălor diaree cronică, urticarie și chiar simptome nervoase. Astăzi se știe că în vârsta preșcolară și școlară copilul are nevoie de un regim constituit inclusiv din alimente crude, proaspete, săruri, vitamine, indispensabile în toate vârstele din copilărie pentru buna dezvoltare, creștere, schimbul de materii, și mai importante ca la adult. De aceea hrana copilului preșcolar și școlar trebuie să conțină, — alături de lapte, carne și ouă, — pâine (de preferință neagră), fierturi (pape) de grîș, orez, porumb, legume și fructe.

Laptele constituie încă un aliment de mare importanță în vârsta preșcolară, trebuind dat până la 3—4 ani, în cantitate de aproximativ $\frac{1}{2}$ litru. Peste această cantitate însă, el nu mai este util. În tot cazul, cantitatea laptelui trebuie redusă la copilul mic, față de cel de sân și înlocuită cu pâine cu unt, cartofi, aluaturi, legume, carne, ouă, mâncări dulci și fructe. Peste cantitatea de $\frac{1}{2}$ litru se mai poate întrebuița în anumite

zile, pentru pregătirea altor mâncări, în plus $\frac{1}{4}$ litru lapte. Adesea ajunge și în multe cazuri este chiar avantajos, să se dea în total numai $\frac{1}{4}$ litru lapte pe zi, inclusiv cantitățile de lapte necesare pentru pregătirea mâncărilor. Când copilul nu vrea să ia de loc lapte fiert, cum este cazul celor supraalimentați cu lapte, l se va da lapte nefiert, ireproșabil, sau și mai bine lapte prins, zăre, iaurt, lapte cu cacao, șocolată, cafea de malt sau chiar cafea obișnuită, slabă.

Legumele (zarzavaturile) sunt deosebit de importante pentru copilul preșcolar. Ele previn anemia, flascățea și diferite alte manifestări patologice, semne de avitaminoze. În cursul anului al 2-lea se preferă legume mai ușor de digerat ca: spanacul, morcovii, salata, conopida, cartofi, mai târziu se pot da mazărea, guliile etc. Față de copilul de sân, unde ele trebuiesc trecute prin sită, la copilul preșcolar se pot zdrobi cu furculița. Cel mai târziu după împlinirea a 2 ani, când apariția dinților de lapte s'a terminat, ele trebuiesc date în formă cât mai completă, ca să fie cât mai utile și copilul să fie învățat ca să le mestече (eventual ca regim crud: morcovi, pătlăgele roșii, ridichi, salată).

Carnea (creierii, ficat), poate fi dată în formă de plureu (fiertură) deja după un an. Ea este un aliment concentrat, valoros, luat bucurios din cauza gustului plăcut. Este bine ca dela $1\frac{1}{2}$ —2 ani să fie dată sistematic, deși copiii ca și adulții pot să meargă bine și la un regim exclusiv vegetarian. În acest caz din urmă trebuie însă mărită masa hranei.

Ouăle, au o valoare alimentară aproape dublă ca laptele, au un conținut ridicat de vitamine și sunt preferate pentru gustul lor agreabil, cât și pentru ușurința cu care se întrebunțază la pregătirea altor mâncări. Ele se pot da dela $1\frac{1}{2}$ ani; gălbenușul de ou dela sfârșitul anului 1 și chiar mai de vreme, cum am văzut (albușul produce la această vârstă urticarie). În tot cazul, ouăle nu sunt indispensabile în cursul anului 2. Nicl după 2 ani nu trebuiesc date mai mult de 2—3 ori pe săptămână (eventual mai puțin de 1 cu deodată).

Fructele, trebuiesc date la început curățite de coajă și zdrobite. În cursul anului 2 pe lângă mere, pere, portocale, zmeură, fragi, struguri, banane, preferate de copiii de sân, se adaogă și alte fructe. După 2 ani ele se dau, fără a mai fi în mod deosebit îmbucătățite.

În pregătirea hranei, trebuie să se țină seamă de forma în care se face administrarea, cât și de digestibilitate și gust. Supele nu sunt indispensabile și după unii trebuiesc date copiilor numai excepțional, cu un anumit scop. În genere ele se disting prin gustul lor, dar au o valoare alimentară scăzută. Pâinea albă se digeră mai ușor sub 2 ani, dar este mai săracă în vitamine ca pâinea neagră, de preferat la copiii preșcolari și școlari.

În genere, cele 3 mâncări principale au următorul conținut:

Dimineața: lapte cu pâine, franzelă sau pesmeți cu unt.

La amiază: supă (cu grîș, orez), legume fierte cu unt (spanac, morcovi, conopidă, salată, mazăre, linte, etc.), cartofi (în plureu, fiertură), carne sau ficat (și pește), salată, fructe sau compot.

Seara: în cursul anului 2 grîș, orez, sau făină de porumb (mondamină, malzenă), cu lapte, zahăr (eventual gălbenuș de ou), zeamă de fructe, compot; la copilul mai mare (de 3—4 ani) macaroane, tăleșel cu compot; sau 1 ou cu 1 ceașcă lapte; sau pâine cu unt și brînză, mezeluri (cârnați, etc.); legume.

Între ele se mai dau: înainte de amiază, pâine (franzelă, pesmeți) cu unt sau cu fructe (sau pătlăgele roșii); după amiază, lapte cu pesmeți sau pâine. Aceste mâncări se mai pot adaoga sau varia după vîrstă cu miere, marmeladă (dimineața și după amiază), ouă, mâncări dulci (la amiază), budinci și mîncarea adulților (seara) etc. Mulți copii merg mai bine numai cu 4 sau chiar 3 mâncări (cele principale). Cu deosebire la copiii înapetenți sau cei supraalimentați, se suprimă mîncarea dinainte de amiază, sau se înlocuiește ca și cea de după amiază, cu o mîncare în cantitate mică, mai bine cu fructe. Între mesele fixe sunt oprite orice fel de alimente, cu deosebire șocolata, dulciurile, laptele.

Regimul copilului preșcolar, este mai puțin bogat și mai puțin variat ca **regimul școlarului**. În regimul acestuia din urmă laptele este și mai redus, maximum $\frac{1}{2}$ litru pe zi, luat de dimineață și după masă, sau eventual cu mâncări cu lapte, seara. El trebuie amestecat cu cafea de malt, cacao, eventual ceai. Trebuie evitată supraalimentarea cu lapte, în cursul timpului petrecut la școală (înainte de masă) sau la grădina de copii. De asemenea trebuie evitată orice altă supraalimentare la școală (de ex. cu pâine încărcată cu prea mult unt, cu carne, cu mezeluri, eventual completată și cu un pahar de lapte în plus), înghițite la repezeală în pauză. O mîncare prea abundentă la școală, vine de obicei să completeze mîncarea de dimineață insuficientă și consumată în grabă, din frica de a nu întârzia la școală.

Procedul corect este de a scula copilul de vreme, de a-l lăsa răgaz suficient pentru a-și consuma în tihnă mîncarea mai abundentă dimineața și de a-l da pentru școală sau grădina de copii numai 1—3 felloare de pâine cu unt și fructe. Astfel va ajunge să mănânce cu poftă bună mîncarea dela amiază.

Regimuri pentru copiii mici și școlari (după Rominger)

1. **Regim pentru copil de 2—4 ani.** Conținut în calorii: 1050 (proteine 34, grăsimi 44, idrați de carbon 145).

Dimineața: 200 gr lapte cu 20—30 gr cafea de malt sau ceai; sau cacao (lapte degresat cu 4—5 gr cacao, 10 gr zahăr);

sau supă cu lapte (10 gr griș, mondamină sau fulgi de ovăz, 10 gr zahăr); 25 gr făină albă ($\frac{1}{2}$ franzelă) sau neagră; 5 gr unt; 5 gr marmeladă, sau miere, sau peltea.

Înainte de amiazi: 100 gr fructe (1 măr), după anotimp sau regim crud (rădăcini rase, mere rase, $\frac{1}{2}$ linguriță miere sau țelină și mere rase amestecate cu suc de lămâie, zahăr și frișcă).

La amiazi: 150 gr legume (fierte bine, numai zdrobite, nu trecute prin sită); 150 gr cartofi (mai bine fierți cu coajă și apoi zdrobiți) sau din când în când cartofi prăjiți sau în piureu; 20 gr carne tocată (de vițel, vacă, pui fript, sau fiert, berbece), și organe interne (ficat, momițe); 100 gr mâncări dulci, sau compot sau fructe crude.

După amiazi: 1 ceașcă mică cafea cu lapte, 1 bucată pesmet sau cozonac sau plăcintă.

Seara: 200 gr lapte cu griș și suc de fructe; sau fiertură de fructe cu lapte; sau legume dela amiazi cu cartofi sau jumriă, din 1 gălbenuș de ou (2 x pe săptămână); sau regim crud (conopidă sau mere, rase, cu suc de lămâie, zahăr și smântână), 1—2 x pe săptămână; sau sfeclă tăiată mărunt (la rânduie), cu suc de lămâie, untdelemn, zahăr; 25 gr pâine albă sau neagră, 5 gr unt, cu mezeluri sau brânză moale sau pătlăgele roșii sau ridichi.

2. Regim pentru copil de 6 ani. Calorii 1400 (proteine 41, grăsimi 56 gr, idrați de carbon 175 gr).

Dimineața: 200 gr lapte cu cafea; 50 gr pâine neagră, albă sau franzelă; 10 gr unt, 5 gr marmeladă sau miere; sau 25 gr fulgi prăjiți cu 50 gr lapte și 10 gr zahăr; sau 2—3 ori pe săptămână $\frac{1}{2}$ pahar de vin suc de fructe proaspăt stors, cu zahăr (portocale, struguri sau pătlăgele roșii).

Înainte de amiazi: 150 gr fructe (după anotimp); sau 25 gr pâine, 5 gr unt, 5 gr mezeluri.

La amiazi: numai 3 x pe săptămână supă (de legume, fructe sau carne); 200 gr legume, 30 gr carne de vițel, 15 gr unt, 150 gr cartofi; sau 50 gr ficat cu piureu de cartofi; sau 80—100 gr pește cu cartofi; sau 300 gr fel unic (rădăcini, cartofi-morcovi cu carne de porc, varză creată cu carne de berbece); sau 250 gr aluaturi (macaroane, găluște, orez, griș soteu); $\frac{3}{4}$ pahar (de vin) apă proaspătă; 100 gr fructe crude, salată de fructe sau mâncări dulci, sau 2 x pe săptămână regim crud; spanac fin tăiat cu suc de lămâie, untdelemn; sau rădăcini, mere, țelină, rase, cu miere; sau gulii, conopidă cu untdelemn și suc de lămâie.

După amiazi: nimic, nici brânză, cel mult 50 gr fructe.

Seara: 200 gr supă cu lapte și griș sau supă de griș cu suc de fructe; sau 200 gr budincă de fructe cu lapte; sau 200 gr legume cu cartofi, încălzite, dela amiazi; 2 x pe săptămână jumări sau un ou moale; 50 gr pâine neagră cu 10 gr unt, cârtaboș de ficat, pătlăgele roșii, ridichi, brânză moale sau albă.

3. Regim pentru copil de 12 ani. Calorii: 1900 (proteine 63, grăsimi 73, idrați de carbon 240).

Dimineața: 200 gr cafea cu lapte sau cacao (100 gr lapte, 10 gr cacao, 15 gr zahăr); 75 gr pâine neagră sau albă și 1 franzelă; 20 gr unt, 10 gr marmeladă, miere sau peltea; sau 200 gr pastă din 10 gr fulgi de ovăz, 100 gr apă, 100 gr mere rase, cu puțin suc de lămâie.

Înainte de amiazi: 50 gr pâine neagră, 15 gr unt, 100 gr fructe.

La amiazi: 2 x pe săptămână supă (de carne, legume sau fructe); 300 gr legume; 75 gr friptură (de vițel, vacă, ficat, momițe); momițele numai ușor fripte); 20 gr unt, 200 gr cartofi fierți în apă sărată sau fiertură de cartofi; sau 400 gr fel unic (varză cu carne de porc și cartofi; găină fiartă cu orez sau cartofi); sau aluaturi (omletă, soteu de tăieței, budincă de pâine cu sos de fructe); sau 2 x pe săptămână 100 gr pește cu cartofi; 1 pahar (de vin) apă proaspătă; 100 gr mâncare dulce sau compot, salată verde, de castraveți, de pătlăgele roșii, de fructe; sau regim crud: rădăcini cu mere rase, țelină cu mere rase; sau varză roșie, fin tă-

iată (la rânduie), cu suc de lămâie, untdelemn și $\frac{1}{2}$ linguriță miere; sau țelină, castraveți, sfeclă, mere, rădăcini, tăiate fin, cu maioneză sau fructe crude.

După amiazi: nimica băutură; 1 franzelă cu 25 gr pâine neagră, 5 gr unt sau 1 bucată cozonac.

Seara: 200 gr budincă de fructe cu lapte; sau 200 gr budincă cu suc de fructe; sau 150 gr cartofi copti cu 1 ochiu la capac; sau 200 gr legume cu cartofi dela amiazi; sau salată de legume; sau jumări; sau regim crud: varză acră, întâiu spălată, foarte fin tăiată, mere și ceapă rase, cu suc de lămâie, untdelemn; sau gulii și mere, rase, cu suc de lămâie, zahăr, smântână; 40 gr pâine cu 10 gr unt, șuncă, mezeluri, pătlăgele roșii, castraveți, ridichi, brânză sau caș; sau 40 gr pâine, 10 gr unt, scrumbie afumată sau sardele.

n) Regimul crud la copii trecuți de 1 an

Regimul crud este indicat în afară de constipația cronică, în prevenirea avitaminozelor, în apetență, boli renale (regim sărac în protelne și săruri), eczemă, boli alergice. Sunt indicate precauții deosebite, din cauza posibilităților mărite de infecțiuni și a susceptibilității intestinelor multor copii. Pe de altă parte, hrana de azi a copiilor este în genere suficient completată cu vitamine și factorii regimului crud prin adăugarea curentă a fructelor, salatei, laptelui acidulat, brânzei, etc.

Mâncările cele mai obișnuite de regim crud sunt:

Mâncarea de regim de mere (plureu al lui Bircher); se prepară din 1 lingură rasă de ovăz, macerat peste noapte în apă, care se varsă apoi dimineața; se adaogă tot atâta cantitate (2—3) mere rase (eventual banane, plersici, căpșuni, etc., zdrobite), suc din $\frac{1}{2}$ lămâie, 1 lingură smântână și miere (eventual migdale, nucșisate și 20—25 gr glucoză).

Spuma de mere, din mere zdrobite, îndulcite și bătute cu bătătorul până la spumă (apoi se mai bat împreună cu un albuș de ou).

Legumele crude, din legume (zarzavaturi) bine spălate, tălate mărunt (spanac, pătlăgele roșii) sau frecate prin răzător (morcovi); se adaogă untdelemn și zeamă de lămâie (în locul lor eventual maioneză), plus zarzavaturi-condimente.

Un regim complet crud după Bircher-Benner, este compus: dimineața, din piureu de mere (v. mai sus), 150—200 gr nucșisate; 50—100 gr pâine neagră cu 10—15 gr unt; 1 ceașcă de ceai de măceș sau lapte; la amiazi, din 100—200 gr fructe proaspete, cu 20 gr nucșisate; 100—200 gr legume crude, cartofi; mâncare dulce; seara, ca dimineața.

o) Regimul copilului bolnav trecut de 1 an

Hrana copilului bolnav trebuie să difere, pe cât posibil, numai puțin de a celui sănătos.

Principiul de urmat este, de a se da un regim care să conțină toate substanțele alimentare mai importante, eventual acelea cu efect terapeutic. Ele trebuie să mențină sau să stimuleze chiar pofta de mâncare și,

după trebuință, să cruțe sau să stimuleze funcționarea organului bolnav.

Publicul și mai demult și medicii, căutau numai ca regimul să fie ușor de digerat și în același timp cât mai nutritiv (regim forte). Este în tot cazul inutil ca un copil ce suferă de o infecție ușoară febrilă, să fie ținut zile întregi la supe mucilaginose, pape cu lapte, zeamă de fructe; sau apoi unul cu o boală cronică ușoară, la preparate scumpe de alimente medicamentoase. Pe de altă parte și la copiii grav bolnavi, trebuie ținut seamă de obiceiurile familiare și personale ale mănărilor și potrivit regimul cu starea materială, evitându-se modificările inutile sau realizabile de regim.

Din condițiile înșirate, foarte importantă este menținerea pozei de mâncare, adică o pregătire cât mai gustoasă.

Intervalele dintre mănăări, trebuie să fie cel puțin de 2 ore, chiar și la copilul mic, grav bolnav.

Forma și cantitatea mănărilor, variază după capacitatea de ingerare și apetit.

Cantitatea de proteine, idrați de carbon sau grăsimi, deci conținutul în calorii, depinde de boală, starea generală și vârsta copilului. Cu deosebită atenție trebuie să controlăm conținutul de proteine, vitamine, variațiunile necesare, gustul, substanța de balast, etc., la regimul de durată mai lungă.

Fenomene alergice în căile respiratorii la copii și tratamentul lor

de

Dr. Augustin Manu

Medicul practician nu este încă destul de suficient orientat asupra posibilităților diagnozei, a terapiei astmului și al maladiilor astmoide la copilul mic.

Cauza rezidă în aceea că, până acum, nu suntem încă de comun acord asupra diagnozei diferențiale și patogene. Când simptomele adevăratului astm bronchial infantil sunt foarte adesea trecute cu vederea, aceasta provine de acolo că această maladie survine mai întotdeauna în același timp cu bronșite, bronșiolite și alte fenomene asemănătoare.

Din cauza acestor dificultăți diagnostice, mulți afirmă chiar și astăzi, că adevăratul astm este o raritate sub vârsta de 2 ani, în timp ce, pe de altă parte, frecvența bronșitelor astmoidice în această secțiune a vieții nu poate fi controversată. Chiar când aceste bronșite astmoidice nu au aspectul unui astm bronchial, totuși nu au nimic de comun cu bronșitele banale și catharale. În cazuri de bronșite astmoidice nu avem întotdeauna de observat fenomene însoțitoare ca la bronșite și anume în forma de urcare de temperatură, guturai, inflamații ale gâtului și tuse.

În ultimii ani, am fost surprins să observ la examinări succesive ale copiilor locuitorilor dela țară, numărata aglomerare în serie a bronșitelor spastice, la care în anamneză, survineau adeseori alte simptome alergice ca, prurigo, strofulus, eczeme și diaree cronice ușoare. La cercetările anemnezice am observat că aceste bronșite luau un alt curs deosebit, un fapt care a fost observat chiar și de părinți.

Acest curs este caracterizat prin apariție și dispariția intermitentă a simptomelor: apariție ce a cedat brusc când era legată de fenomene gripale: dacă survineau bronșite fără fenomene gripale, apariția sa era mai puțin violentă. Cel mai important fenomen care a atras atențiunea mamelor, era respirația șgomotoasă, auzită chiar și dela distanță și accentuată în mai tare, cu deosebire în timpul somnului.

În opoziție cu dificultățile respiratorii, copii erau surprinzător de bine dispuși: nu aveau febră, aveau bună poftă de mâncare, scaune normale. Părinții nu puteau să-și dea seama de apariția acestor grele simptome față de starea generală bună. Tot atât de puțin era de descoperit din partea părinților o relațiune între apariția indispozițiunii respiratorii și a hrănirii. Au observat totuși că aceste indispoziții respiratorii terminate, apăreau mai târziu, cu mai multă putere, când se întâmpla vre-o infecție gripală.

La o cercetare medicală amănunțită în 21 de cazuri, am constatat că nu este vorba de o bronșită simplă, întrucât în prima linie lipseau fenomenele însoțitoare, guturaiul, tusea, etc., iar bronșita avea un caracter spastic (cu expirația prelungită, raluri inspirații și expirații). Când aceste stări survineau concomitent cu o infecție, mai mult sau mai puțin gripală, tracheită sau bronșită, totuși acele stări nu dispăreau în același timp cu infecția tratată, ci rămăneau un timp mai mult sau mai puțin lung, adeseori persistând încă până la 3 luni. La diagnoza diferențială, am separat tuberculoza prin reacțiunea cu tuberculină, alte ma-

ladii ale căilor respiratorii au fost de asemenea eliminate prin cercetări clinice și radiologice. Bronchotania a putut fi exclusă fără dificultăți, atât clinicește cât și prin cercetarea oglinzii hemo-calciu-fosfor.

La acești copii nu s'au putut constata o eozinofilie mai pronunțată, cu excepția copiilor astmatici, caracterizați. Am stabilit că o eozinofilie până la 10% la copii — contrar cu alți autori — nu este patologică, întrucât am observat în clinica noastră un așa mare procent de eozinofiliici chiar și la alți copii fără maladii alergice. La cercetările radiologice ale acestor 21 de copii s'au găsit hiluri mărite asimetric. În unele cazuri indiciul Besenreis.

La cercetările instituite de mine cu privire la modul de nutriție, am observat și stabilit că copiii sub 2 ani au fost hrăniți artificial în majoritatea lor, cu lapte de vacă și cu lapte de bivoliță (lapte răspândit în unele zone din România).

Separarea completă din hrană a laptelui de vacă și celui de bivoliță a dat o sistare temporară a fenomenelor bronșitice în 22 din cazuri. Aceasta a putut fi luată ca o corelațiune între modul de nutriție și starea alergică. Totuși restul de 9 cazuri nu a putut fi adus ca contra probă, întrucât nu știm cu siguranță că sfaturile noastre medicale au fost într'adevăr urmate de către populația rurală, în genere puțin înțeleghătoare. Nu a fost pentru noi deloc surprinzător, că în aceste cercuri laptele de vacă și de bivoliță are primul loc în nutriție, totuși este de remarcat că una și aceeași modalitate de hrană a decurs la o parte din copii, fără simptome, în timp ce la altă parte a reacționat cu cele mai diverse fenomene alergice ca, astm, bronșite astmoidice, urticarie, strofulus, eczema, etc.

Răspunsul la această chestiune ne-a dat cercetarea familiei copiilor din cele 21 de cazuri, la care s'a putut stabili 19 sarcini ereditare din partea părinților și a rudelor directe și anume: 2 urticarii, 3 eczeme, 3 astm pur, 4 cazuri de predispoziție către afecțiuni intestinale cronice, 6 bronșite cronice sau spastice și odată formație calculoasă. Prin apariție alternativă sau combinată a acestor stări astmoidice, cu alte simptome caracteristice indicate de Eppinger și Hess drept „vagotonice” ca urticarie, eczema, diateze exudative, colite cronice și formație calculoasă, etc., poate fi luat ca dovadă că în cazurile mele nu era vorba de o simplă bronșită, ci de stări alergice.

Relația afirmată de Bergman între aceste cercuri de simptome și a sa „constituție thyreoidiană” nu este neverosimilă, (stigmatizare vegetativă) mai este și faptul că nu se moștenește însăși starea alergică, ci numai capacitatea de a deveni hipersensibil. În cazurile noastre se mai adaogă și predispoziția către alternativa între astm, urticarie, eczema, etc. Pentru un factor ereditar pledează și faptul că prin separarea unor substanțe

hrănitoare (lapte de vacă și de bivoliță) nu s'a putut face să dispară la toți copiii bronșita astmoidică. Aceiași constatare a făcut-o și Baleyat, Nobel, Docro. Întru cât lucrul era ori și cum clar, am renunțat la testul intracutan, căci acesta ar fi fost legat de serioase dificultăți, mai cu seamă pentru medicul practician, din cauza lipsei alergenelor necesare.

Noi știm că patogeniza maladiilor alergenice este foarte complexă și că pentru o sensibilizare mai este nevoie și de alți factori pregătitori, care nu trebuie să fie numai de natură calitativă ci de ex: ar putea fi condiționați și prin cantitate. Ca factori mai mult sau mai puțin neobișnuiți, observați de mine, am putut stabili că copiii hipersensibili au reacționat parte la completa înlăturare a laptelui, parte la micșorarea cantității de lapte, sau că alții au suportat rău ouăle sub formă de omletă, în timp ce ouăle fierte moi, nu au reacționat deloc alergic.

Oricare ar fi factorul alergic, pentru mine, medic practician, în afară de diagnoza diferențială, are un deosebit interes, în prima linie, o terapie reală. Întrucât se cere dela medicul practician o cât mai rapidă posibilă ameliorare sau vindecare, fără cercetări preliminare plictisitoare, pentru separarea sau neutralizarea cauzelor de declanșare, m'am îndrumat către un amestec antigen foarte polivalent pentru ca să desensibilizez cu el pe bolnavii mei hipersensibili, întrucât numai în cele mai rari cazuri am putut să rețin pe părinți la strictă și riguroasă eliminare a alimentelor alergizante.

Medicamentul întrebuințat de mine este Paspat. Tabelele aci alăturate arată 3 cazuri de astm veritabil și 2 copii cu bronșită astmoidică, după cum au reacționat la Paspat.

În cele 5 cazuri de mai sus se găsesc puncte de sprijin alergice familiale, ceea ce nu pledează pentru caracterul alergic, ci interesează și patologic. Factorul declanșator nu a putut fi lămurit. În cazul 4 a fost declanșat astmul printr'o nefrită recentă. Crizele de astm au survenit după circa o săptămână dela inflamația renală. Predispoziția ereditară căpătată dela tatăl, de asemenea astmatic, a fost teren bun pentru a fi inoculată nefrita și a condus la declanșarea astmului bronchial la copil. În acest caz este de asemenea interesant că fenomenele alergice la tată și la copil au survenit sub formă de astm și de aceea au fost direct ereditare fără ca să schimbe forma fenomenelor și a localizării alergiei. În cele 3 cazuri din urmă, eozinofilia este destul de urcată pentru a elimina orice îndoială, în timp ce în ambele cazuri dela început nu este caracteristic. Efectul produsului Paspat a fost prompt în toate cele 5 cazuri: în cele 3 din urmă cazuri (astm pur) au dispărut crizele chiar după una sau a doua inoculare, în timp ce la bronșitele astmoidice starea s'a ameliorat abea după 3—4 inoculare. Doza

No.	Numele și vârsta	Anamneza familiei	Felul hranei	Starea găsită	Constat radiolog	Reacțiune cu Tu-berculin	Tabloul sanguin	Numărul inoculărilor după care a survenit o ameliorare sau o vindecare	Observații
1	S. L. 2 ani și 2 luni	Bronșită astmoidă la un frate	Lapte de vacă îndată după naștere	Bronșită astmoidică (mai înainte și eczemă)	Hilul mărit	Negativ	2%	După prima inoculare dispariția și reaparitia sindromelor, dispărut total după a 4-a inoculare	
2	J. L. 15 luni	Un frate cu astm	După a 8-a lună și lapte de vacă	Bronșită astmoidică	Normal	Negativ	8%	Ameliorare după a 2-a inoculare, vindecare după a 5-a inoculare	
3	O. V. 3 ani	Urticarie la mamă	După a 7-a lună lapte de vacă	Astm adevărat	Hilul accentuat	Negativ	17%	Agravare după 1-a inoculare, vindecare după a 5-a inoculare	
4	G. A. 11 ani	Tatăl astmatic		Astm concomitent nefrită	Hilul accentuat	Negativ	17%	Vindecare după a 5-a inoculare	
5	T. M. 6 luni	O soră cu diateze exudative	Lapte de vacă chiar din prima lună	Crize de astm tipice rachitis	Normal	Negativ	14%	După 1-a inoculare agravarea simptomelor, după a 5-a inoculare dispariție	Ca. în serum sanguin 10 mgr % P. în serul sanguin 3,6 mgr %

intrebuințată în toate cazurile a comportat 0,1 ccm, cu excepția cazului 4, copil de 11 ani, unde am întrebuințat 0,2 ccm, de fiecare doză.

Intrucât nu ne-am gândit la un tratament simptomatic și voiam să jugulez doar crizele, ci să influențăm starea alergică, am continuat cura până la sfârșit (10 inoculări) cu toate că indispozițiile încetaseră și cu toată vârsta tinerească a pacienților mei, iar la cazul 4 chiar 2 cure, întru cât părinții se temeau de recidivă.

Pe baza experiențelor mele, cred că intervalul dintre inoculări s'ar putea reduce și la zece zile. Pentru a înlătura în orice caz un incident, am modificat tehnica inoculării prin aceea că numai la prima și a doua inoculare s'a redus timpul de triturare la 1—2 minute, la doza rămasă egală și la un egal număr de sacrificări.

Mai este de observat că eu nu am avut nici un singur incident în toate cazurile mele, întru cât după cum am amintit la introducere, am exclus dela început orice tuberculoză. Reacțiunile locale sub formă de pustule urticariale la locul scarificării au fost mai accentuate la copiii astmatici, decât la copiii cu bronșite astmoide. Dat fiind că la cei din urmă chiar dacă s'au format pustule urticariale mai slabe, pledează și pentru natura alergică a acestei forme de bronșită.

Că modalitatea nutrițiunii a fost luată în considerație, după posibilitate, nu are nevoie de o menționare deosebită. La un control ulterior după 6 luni, nu am putut observa vre-o recidivă la nici unul din cazurile mele.

Concluzie :

La 21 copii cu bronșită astmoidică sau cu astm adevărat s'a cercetat trecutul sau antecedentele familiale și cu această ocazie s'a găsit în 18 cazuri echivalenți alergici în linie directă sau alăturată.

În 12 cazuri separarea laptelui de vacă și acel de bivoliță a condus la o ameliorare, însă nu la o vindecare.

La un copil de 11 ani, astmul a fost declanșat de o nefrită.

La 5 copii, 2 cu bronșite astmoidice și 3 cu astm adevărat s'a cercetat cu exactitate influința tratamentului cu Paspat și s'a stabilit cu această ocazie că la astmul adevărat vindecarea a survenit chiar dela 1—2 inoculare pe când la bronșitele astmoidice abea după a 4-a până la a 5-a inoculare.

Pentru a se evita incidente — ce nu le-am avut eu — s'a redus timpul de triturare la primele două inoculări, la 1—2 minute.

DELA CLINICA INFANTILĂ UNIVERSITARĂ CLUJ-SIBIU
Director Prof. Dr. Gh. Popoviciu

Contribuțiuni la tratamentul pemfigusului vulgar

de

Dr. Emil Colbazi

Medic primar

și

Dr. Emil I. Bologa

Medic secundar

Aplicând un tratament adjuvant în terapia pemfigusului vulgar în serviciul Spitalului de Boli Sociale din Brașov, încercat cu bune rezultate și în alte servicii, am găsit de cuviință publicarea rezultatelor noastre, pentru a contribui astfel cât de puțin la progresul vindecării acestel dermatoze buloase, în care multiplicitatea metodelor terapeutice semnifică insuficiența lor și misterul etiologiei și patogeniei acestei boli grave.

În cele ce vor urma, înainte de a expune modul de aplicare al tratamentului folosit de noi, vom încerca să revedem în mod sumar în lumina cercetărilor actuale, esențialul în legătură cu această dermatoză.

Clasificare. P. face parte din clasa dermatozelor cu etiologie parazitară încă discutată, împreună cu infecțiile pe teren seberic, zona, pitiriza rozată Gilbert, unele limfadenome, sarcomatoza cutanată și micoza fungoidă.

Din punct de vedere didactic P. a fost introdus în grupa dermatozelor buloase, care se divide în 4 clase:

I. *Dermatoze buloase cu etiologia cunoscută*: arsurile, intoxicațiile medicamentoase, infecțiile septice grave, impetigo herpetiform, eritem polimorf bulos, dermatoze buloase congenitale, turburări neurotrofice, infecțiuni cronice (sifilis, tuberculoză, lepră).

II. *Dermatoze buloase cu etiologie necunoscută sau discutată*: dermatita polimorfă dureroasă Brocq-Dühring și pemfigusul (cu varietățile cronic, foliaceu, vegetant).

III. *Herpesul*.

IV. *Zona*.

Definiție. Contrar obiceiului din trecut de a da numele de pemfigus tuturor dermatozelor buloase, actualmente termenul de „pemfigus” este utilizat numai pentru afecțiunile bine delimitate, cu o etiologie necunoscută, care sunt denumite sub termenul de pemfigus cronic vulgar (cu subdiviziunile foliaceu și vegetant). Cu acest titlu poate fi desemnat numai pemfigusul acut febril, cu toate că și în cazul acestuia domnește nesiguranța dacă este înrudit cu pemfigusul vulgar. Toate varietățile de pemfigus al noi-născuților, p. sifilitic, p. neurotic, p. histeric, etc. sunt considerate ca greșite.

Generalități. Problema clinică a dermatozelor buloase (în al căror grup intră P.) este dominată de constatarea obiectivă a erupției buloase, deci a unor leziuni țesute din planul pielei — prin ridicarea epidermului — cu un conținut seros și cu un diametru mai mare de 3 mm. Grupa mare a dermatozelor buloase

cuprinde tipuri foarte disparate. Etiologia acestora este în mare parte neclară, terapia reducându-se de cele mai multe ori la simptomatice. Diagnosticul este foarte ușor în cazul că bolnavul se prezintă la noi cu erupția buloasă. În alte cazuri însă nu vom putea constata la nivelul tegumentelor decât placarde roșii eritematoase, pe a căror suprafață observăm ulcerări, cruste, plodermii și urme de grataj. În acest caz diagnosticul este mai greu. În fața unui astfel de tablou va fi ușor să ne gândim la o afecțiune pruriginoasă cu exomatizație secundară, la o plodermie. În astfel de cazuri va trebui totdeauna — mai ales dacă diagnosticul de eczemă nu se impune — să ne gândim la eventualitatea unui P., să căutăm cu atenție urmele bulelor, bulele pe cale de formare etc. Confirmarea dermatozei buloase încă nu reprezintă lămurirea cazului, rămânând a stabili în fața cărui tip de dermatoză ne găsim, din acest grup atât de bogat și confuz. În stabilirea diagnosticului etiologic va trebui deci să ne gândim la toate dermatozele care prezintă erupții buloase sau pot evolua cu apariție de bule.

Caracterizare. Eflorescența tipică a P. este bula. Prodromele de obicei lipsesc. Localizarea bulelor nu prezintă un anumit sistem, totuși manifestă locuri predilecte. Astfel, mai ales la început este caracteristică apariția leziunilor în jurul gurei, fețele laterale ale gâtului, torace și regiunea genitală. Diagnosticul este dificil, când numărul leziunilor este redus și localizarea de asemenea (P. localis). În cazuri excepționale boala poate fi anticipată de apariția unei singure bule. Dintre mucoase cea mai frecvent interesată este cea bucală, unde poate debuta boala. Erupția pe mucoase poate reprezenta timp îndelungat singurul simptom al bolii, trecând de aci pe faringe, laringe și porțiunea superioară a esofagului. Au fost descrise cazuri (f. rare) cu bule pe mucoasa stomacului și intestinului. Mucoasa genitală prezintă la femei bule pe toată suprafața vaginului până la nivelul colului uterin.

Subiectiv, erupția produce rareori simptome. A fost totuși descris un P. pruriginosus (probabil acestea au fost cazuri de dermatită herpetiformă). Simptomele generale ale P. sunt reprezentate prin febră, frison, vărsături, diaree rebele, insomnii și chiar deliruri.

Histopatologie. P. vulgar și foliaceu poate fi discutat împreună, neexistând diferențe evidente, primul trecând de obicei în forma celulară. Nici microscopul, nici cercetarea bacteriologică și nici examinarea lichidului conținut de bule nu au adus, după cum se spera, o clarificare

în etiologia obscură a P. În toate formele de P. găsim vasele sangvine și limfatice mult lărgite și înconjurate cu un infiltrat leucocitar compus în predomință de eosinofilie. Despre această eosinofilie (și cea sangvină) s'a scris foarte mult în literatura P. Țesutul conjunctiv al corpurilor papilare și al stratului reticular este sediul unui edem pronunțat. Fibrele elastice ca urmare a acestui edem sunt disociate. P. în formele necomplicate se vindecă fără cicatrice, ceea ce explică faptul că nu sunt modificări degenerative la nivelul fibrelor elastice.

Epidermul este plin de serozitate și deslăpșit de straturile subjacente total sau parțial, formând bule. Apariția bulelor numai în anumite locuri se explică prin faptul că probabil energia cu care se formează secreția — datorită agentului necunoscut — este diferită în deosebitele părți (localizatoric) ale tegumentelor. Bula pemfigoidă își poate avea sediul între celulele epidermice, sau epiderm și derm. Conținutul bulelor este format din fibrină, celule epiteliate distruse, leucocite și limfocite. P. foliaceu prezintă același aspect histologic cu deosebirea că nu avem bule, ci epidermul este deslăpșit de planul subjacent. În P. vegetant, după spargerea bulelor se produce o akantoză puternică. Excrescențele papilomatoase, care se ridică de pe fondul bulelor sparte, nu numai că deseori sunt epitelizate, dar în parte prezintă un înveliș hiperkeratotic sau parakeratotic. (Este important actul diagnosticul diferențial cu condilomul lat).

Etiologie. Etiologia P. este până azi complet neclară. Tipul evolutiv al bolii lasă presupunerea unei infecții necunoscute. În timpul din urmă au fost izolate niște bacterii care cresc pe medii anaerobe și recunoscute ca provocatoare ale P. Certitudinea nu a fost însă stabilită. Alții au crezut că infecțiile ar fi datorite unor agenți supurativi baccali (stafilococi, plicianici, — streptococi). Angina prodromală și febra, fac să se presupună totuși, o etiologie infecțioasă. Sfârșitul letal cu stare generată gravă, presupune afecțiunii septicemice grave. O transmitere a P. de la un bolnav la un sănătos nu a putut fi observată până în prezent. Nici cazuri de infecție a medicului sau a personalului sanitar nu au putut fi observate. A fost observată o frecvență a cazurilor de P. la evrei.

Evoluție. Evoluția este diferită în cazurile izolate. De obicei după primele 2—3 erupțiuni, care de cele mai multe ori sunt benigne, se ajunge de cele mai multe ori la o agravare a stării generale. În curând bulele nu mai manifestă nicio tendință la vindecare. Bulele iau un aspect din ce în ce mai plat, interesând încetul cu încetul întreaga suprafață a tegumentelor. Moartea survine uneori pe neașteptate. În alte cazuri desnodământul fatal poate întârzia ani de zile. Unele cazuri se vindecă spontan, dar în toate aceste cazuri, va exista pericolul recidivei, care este cu mult mai gravă. O evoluție mai lungă aduce cu sine afectarea rinichilor.

Prognosticul, este imposibil de stabilit în cazul P. Este favorabil la tineri. P. va trebui deci întotdeauna considerat ca o afecțiune foarte gravă, în care prognosticul va fi cât mai rezervat în fiecare caz.

Diagnosticul diferențial

Va trebui să facem diagnostic diferențial cu:

I. Afecțiuni complicate cu bule:

a) *Dishidroza*: sediul între degete sau fața palmo-plantară;

b) *Eczema*: (mai ales cea produsă de cauze externe) poate prezenta prin confluența veziculelor bule, cu un diametru de 1—2 cm. În jurul acestor bule vom găsi întotdeauna vezicule mici și leziuni caracteristice pentru eczemă;

c) *Scabia*: poate prezenta la un copil sau o femeie cu pielea subțire adevărate bule. Localizarea, pruritul nocturn și căutarea gărilor, vor aduce lămurirea diagnosticului;

d) *Impetigo și ectima*: pot simula bulele unui P. infectat, mai ales dacă aceste plodermii sunt complicate cu o eczemă sau o dermatoză eritemato-squamoasă. Ele iau și în acest caz aspectul unui P. neglijat, grătat și infectat;

e) *Urticaria și pșeriaza*: pot prezenta în mod excepțional erupție buloasă;

f) *Rugeola și erizipelul*: pot și ele rareori să prezinte bule. Leziunile caracteristice vor elucida ușor diagnosticul.

II O altă grupă de afecțiuni cu care va trebui să facem diagnosticul diferențial, sunt *erupțiunile datorite intoxicațiilor medicamentoase* (antipiride, iod, brom).

III. Diagnosticul diferențial va mai fi stabilit cu *combustiile* de orice natură: cu cele datorite luminii (*hidrea vaciniformă*), căldurei, causticelor chimice (vezicatoare) etc. În aceste cazuri diagnosticul devine dificil numai în cazurile de simulare, pentru că bolnavul va semna de cele mai multe ori cauza provocatoare a leziunii. O altă dificultate pe care o putem întâlni este aceea a bolnavilor cu turburări ale sensibilității, care nu recunosc a-și fi dat seama că au suferit o combustie. Dintre aceștia fac parte cei cu nevrile leproase, somnambulism, anestezii mucoase hysterice etc. La stimulări (mai ales pentru a fi reformați din armată), care utilizează diferite caustice și vezicatoare, ne va surprinde forma bizară în zig-zag a leziunilor și forma alungită sau poligonală a bulelor. Gougeret citează un caz, în care simulantul utilizase în producerea leziunilor un fier roșu perfect rotund. Balzer în alt caz făcând examenul microscopic a putut observa resturile de cantaridă.

Babinsky a negat primul existența „pemfigusului histeric” afirmând că în aceste cazuri ar fi vorba despre una din posibilitățile amintite în cele precedente.

Tratamentul **șancrului moale**
și complicațiilor sale:

prin injecțiuni intramusculare cu

VACCIN ANTISTREPTOBACILAR

„NICOLAU — BANCIU“

din surse polivalente de Bacili Ducrey

Vaccinul antistreptobacilar

Este foarte bine tolerat. Nu dă șoc nici febră, permițând tratamentul ambulatoriu.

Prezentarea: Cutii cu 6 fiole à 2 cmc.

Adoptat de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale

Se poate procura la toate Farmaciile din țară

Pentru literatură și eșantioane Domnii Medici se vor adresa

LABORATORULUI „Dr. A. BANCIU“ — București, Strada Regală Nr. 10
Telefon 5.84 29

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecțioasă, la copii și adulți nu este decât:

„LACTOFERMENT Dr. ROBIN“

35 ani de existență (1907-1942)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenților microbieni patogeni. — **Indicat în:** enterite acute și cronice la copii și adulți, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză, urticarie, colibaciloză, etc.

DOZE: Copiii până la 3 ani o linguriță la oră.
Copiii de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor. Adulți 3—4 linguri înaintea meselor.

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „Dr. A. BANCIU“

Reprezentanța BUCUREȘTI, Strada Regală Nr. 10, Etaj. — Telefon 5.84 29

LA GRIPĂ ȘI
TOATE CELELALTE
MALADII FEBRILE
DIN CAUZA RĂCELII

QUADRONAL

ANALGEZIC
ȘI
ANTIPIRETIC
verificat

★

TUB ă 10 TABLETE
TUB ă 20 TABLETE
ETUIS ă 6 TABLETE



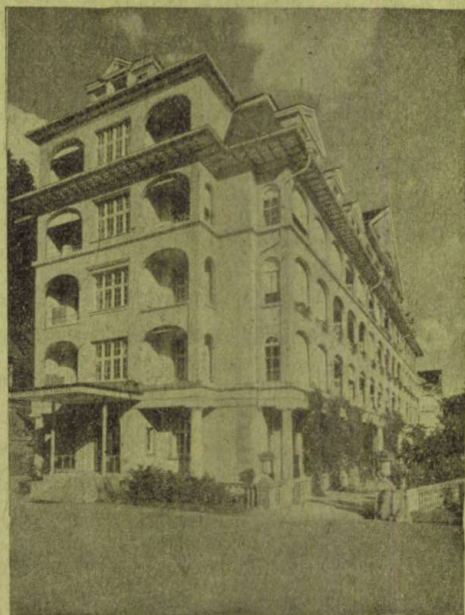
ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

în camere pt. două persoane dela RM 9

în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmeler**
Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnhof Seebrugg (Deutschland)

IV. Infecțiunile septicemice.

Starea infecțioasă și febra impun diagnosticul. Apariția bulelor este explicată prin ajungerea la nivelul pielii a emboliilor microbiene. În aceste cazuri examenul microscopic al froturilor și culturile de microbi, vor elucida etiologia dermatozelor buloase. Cel mai frecvent întâlnit a fost streptococul. Oettinger a semnalat un caz în care agentul provocator era bacilul pyocianic. În P. acut febril grav (mortal în $\frac{2}{5}$ cazuri) infecția își găsește apogeul în starea tifoidă).

În impetigo-ul herpetiform, febra, limba uscată și prognosticul grav, leziunile veziculo-pustulo-miliare și tendința centrifugă a apariției acestor leziuni, existența uneori a pruritului, impun diagnosticul. P. acut sau subacut cu bule extensive a lui Brock, cu etiologie necunoscută, se adaugă acestor afecțiuni, grave, mortale. Leziunile buloase de diferite mărimi, deseori suprapuse unor plăci eritematoase, confluează în loc de a se cicatriza, formând un placard la ale cărui margini se formează mici leziuni denudând suprafețe mari epiteliale, sângerânde și foarte dureroase. Starea generală proastă, febra în creștere, bolnavul sucombă.

În P. epidermic al nou-născuților, al adulților și în „pemfigus castrensis” infecția este benignă. Apariția bulelor se face în puseuri, poate cuprinde și mucoasele și este datorită fie inoculațiilor externe sau sunt de origine internă septicemică.

Eritemele polimorfe buloase (hidroa, herpes iris, în cocardă) reprezintă forma cea mai atenuată din grupa dermatozelor buloase infecțioase. Ele sunt datorite streptococului monofiformis (după Levaditi, Nicolau și Polnecloux) și virusului filtrant tuberculos după Ramel. În cazul localizării pe mucoase diagnosticul devine dificil cu plăcile mucoase sifilitice.

Dermatozele buloase congenitale. Unele cazuri de P. există de la naștere. Eliminând sifilisul și impetigo-ul (pe care în acest caz îl numim pemfigus epidermic al nou-născuților) ne vom găsi în fața unor afecțiuni care reprezintă consecințele unei distrofii cutanate.

Diagnosticul diferențial se mai face cu *epidermiza buloasă ereditară traumatică*. Afecțiunea este de origine familială și manifestă recrudescențe estivale. Epidermul se detașează de planurile subjacente, la cea mai mică frecare formându-se o bulă. Semnul lui Nikolsky (deslipire a epidermului la cea mai mică frecare) este constant. Tot aici vom plasa P. congenital ori tardiv cu tendință cicatricială.

VI. *Turburări neurotrofice* care complică o nevrită, mielită și mai ales lepra. Erupțiunea buloasă cu bule mari alteori mici, herpetiforme sau zosteriforme (simulând zona) a fost observată în cursul nevritelor, radiculitelor, mielitei cronice, siringomieliei, pachimeningitelor cervicale, morbul lui Pott, meningite acute, meningita cerebro-spinală, în hemoragii meningee și alte

afecțiuni nervoase. Împrejurările în care această erupție apare, simptomele nervoase care le preced și însoțesc, topografia lor specială în formă de bandă suprapusă teritoriilor nervoase și cronicitatea lor, toate acestea impun diagnosticul.

VII. Infecțiunile cronice.

Va trebui în fine să facem diagnostic diferențial cu unele infecțiuni cronice. Astfel cu *lepra* (bule anesteziice, simptome) *sifilis câștigat* (sifilide buloase care nasc pe o papulă sifilitică caracteristică), *sifilis ereditar* (la nou născut determină la nivelul palmelor și plantelor o erupție buloasă a cărei serozitate prezintă numeroși spirochete) și în fine cu tuberculoza care în cazuri excepționale poate îmbrăca un aspect pemfigoid.

II. Pemfigusul și dermatozele buloase cu etiologie necunoscută

În acest al doilea grup al dermatozelor buloase cu etiologie necunoscută clasăm:

1. *Dermatită polimorfă dureroasă.*
2. *Pemfigusul cronic.*
3. *Pemfigusul vegetant.*
4. *Pemfigusul foliaceu.*

5. *Dermatita polimorfă dureroasă, acută, subacută, sau cronică a lui Brock (maladia lui Dühring).*

Această dermatită frecventă mai ales la tineri, se caracterizează printr-o erupție polimorfă generalizată și simetrică (mai ales pe membre). Erupția e constituită dintr-un amestec de placarde eritematoase, edem, difuz, papule, vezicule-bule, manifestând o tendință la cronicitate.

Tratamentul se rezumă la: arsenobenzol, tartrobismutat de sodiu (10—20 injecții i. m. tot a doua zi, câte 1—2 cc), autohemoterapie (12 injecții de două ori pe săptămână de la 2—25 cc.), inj. subcut. cu peptona — clorură de calciu — ergotină.

Ca tratament general: regim lactat-vegetarian, combaterea febrei prin mijloacele cunoscute, medicațiune vasomotrică (adrenalină, hipofiză, ergotină), calomel. Local: liniment oleo-calcar aseptice simplu sau fenicat, comprese cu oleu gomenolat 5%. În cazurile recidivante untură de pește, glicerofosfat etc. Bolnavul va fi supus unui regim de desintoxicare, tonice nervoase.

2. Pemfigusul cronic (adevărat) monomorf.

Această afecțiune necunoscută se caracterizează prin: debut insidios, absența prodromelor și durerilor, formațiune rapidă a bulelor pe o piele sănătoasă în aparență, bule transparente, hemisferice, fără areolă inflamatorie, evoluție rapidă a bulei (8—10 zile), polimorfism tardiv, prezență a semnelor lui Nikolsky (epidermul frecat se deslipiște și se formează o bulă), absență a pruritului, evoluție lentă, gravitate progresivă cu sfârșit letal.

Multitudinea tratamentelor explică și aci nesiguranța lor. Spillmann recomandă inj. subcut. cu 10 cc. dintr-o soluție de peptonă (White) și inj. i. v. cu clorură de calciu sol. apoasă 10%. Regimul va fi acela al eczemelor cronice. Se recomandă repaus psihic și susținerea forțelor bolnavului (quinquina, untură de pește, glicerofosfați, stricnină etc.) În caz de eșec arsenobenzol, autohemoterapie, opoterapie suprarenală, tiroidiană. Local cauterizarea leziunilor cu violet de gențiană 1%, aplicarea de oleu gomenolat 5%, pastă zincată sau Allibour. Leziunile mucoase le atângem cu albastru de metilen 0,40% și lavagii cu sol. apoase de borat de Na. sau bicarbonat de Na.

Trebue să amintim *Germaninul* introdus de Fr. Velel din Stuttgart în tratamentul P. Autorul pleacă dela ipoteza că P. este o boală infecțioasă cronică cu etiologie necunoscută și aplică noul preparat atât eficient în tripanozomiază într-un caz de P. în care toate celelalte posibilități terapeutice au dat greș. Germaninul a mai fost aplicat (uneori cu succes) în P. de către Muhlpsardt, Sunder-Plassmann, Giesel, Daniels, Zumbusch (care obține 7 vindecări din 12 cazuri tratate), Bronstedt, Dengel (din 3 cazuri două vindecate), iar la noi în țară de către Colbazi în mai multe cazuri (rezultatele publicate în Clujul Med. Nr. 7 din 1936, pag. 456). Germaninul a mai fost aplicat la noi în clinica Dermato-Venerică din Cluj, asociat cu sulfamide. Wolfson obține rezultate bune la un copil prin administrarea serului de convalescent.

3. Pemfigusul vegetant (Neumann).

Această formă reprezintă o varietate a P. cronic. Germenele care o produce este necunoscut. Elementul inițial este o bulă analogă celei a P. adevărat, uneori flască și cu conținut sero-purulent care se încrustează și se vindecă, sau se exulcerează într-un mod rapid (5—6 zile). Ea produce atunci niște vegetațiuni înalte (3—10 mm.), care secretă un puroiu fetid și care uneori confluează formând o crustă brună. Leziunile încep deseori la nivelul mucoaselor bucale și genitale, se întind interesând axilele, organele genitale și plămânii marci cutanate. Placardele vegetante se pot vindeca lăsând în urma lor o pigmentație brună, altele recidivează și moartea survine prin cașexle în 2—6 luni.

Tratamentul general este același cu al P. cronic. Local trebue să acționăm energetic: radioterapie sau permanganat de K 2—5%. Dubreuil recomanda pudra sabini cu acid salicilic sau resorcină 10%. În caz de nereușită vom termocauteriza și cureta leziunile (ca și în tratamentul lupusului).

4. Pemfigusul foliaceu.

Și etiologia acestui P. este necunoscută. Uneori este secundar unei eczeme, unei psoriaze, dermatite

polimorfe dureroase sau unul P. cronic. Afecțiunea reprezintă o adevărată cașexle cutanată. Uneori este primitiv, debutând cu bule flască cu un conținut redus și bine izolate. Semnul lui Nikolsky este ușor de pus în evidență. Dermatoza se întinde apoi cuprinzând întreaga suprafață a pielii și mucoasele. Bolnavul prezintă o stare generală mizerabilă, emanând un miros fetid de epiderm macerat. Subiectiv bolnavul acuză ușoare arsuri și rareori prurit. Febra este de 38—39°, bolnavul slăbește constant, pofta de mâncare rămâne păstrată. Și aci tratamentul este identic celui din P. cronic. Brocq a obținut rezultate bune cu o pomadă cu baze de hamamelis, ichtiol sau gudron (Rp. Tra hamamelis virginica 3 gr. — Axonge 30 gr.).

Medicamentul utilizat de noi în tratamentul P. a fost *Albucidul*. Acest sulfamid care împreună cu Dagenanul și Eubasinul face parte din grupa sulfatiazolurilor, a fost aplicat sub formă de pastile (per os) în doza de 3 ori 2 tablete pe zi, după mâncare. Din seria sulfamidelor au fost aplicate în Clinica Derm. Ven. din Cluj în grupa P.: prontosilul roșu, rubiazolul (fără rezultate bune). Rezultate bune s-au obținut prin administrarea Ulironului (1937—38) și mai ales a Dagenanului (1939—40). În ultimul timp s'a utilizat Eleudronul. Modul de administrare a fost pe cale bucală în atacuri masive (4 zile câte 6 tablete, total 3 astfel de atacuri).

În cazul nostru a fost vorba de un bolnav Z. Gr. de 18 ani, lucrător. Diagnosticul: *P. vulgar*.

Antecedente eredo-colat, fără importanță.

Antecedente personale: la 13 ani variolă, în rest neagă boli infecto-contagioase și venerice.

Boala actuală: datează de 4 zile și a debutat cu apariția unei leziuni buloase în regiunea axilară stângă. Leziunea s'a extins și mărit ca volum. A doua zi a observat apariția altor leziuni noi, în alte regiuni.

Mucoasele: vizibile nealterate. Pe fața internă a mucoaselor buzel inferioare se observă leziuni veziculose de mărimea unui ac de gălăie până la mărimea unui bob de linte. Unele vezicule sunt deschise făcând impresia unei ulcerări acoperite cu o membrană lăptoasă care nu poate fi detașată.

Ganglionii: cervicali și inguinali măriti, destul de duri și nedureroși la palpare. Tesuturile supraiecente nu prezintă fenomene inflamatorii.

Organele genitale: prezintă leziuni buloase de mărimea unui bob de mazăre până la mărimea unei alune, pe corpul penisului, pe marginea liberă a prepuțului și pe scrot. Decapându-le se scurge o serozitate serocitrină.

Pielea: prezintă leziuni buloase dela mărimea unei gălăii de ac până la mărimea unei nucii. Pe gât, torace anterior și posterior, ambele regiuni axilare, ambele antebrate (mai ales pe fața flexorică), abdomen, fața internă a coapselor, pe gambe (mai ales pe fața flexorică) și regiunea maleolară internă și externă se

observă leziuni buloase de culoare gălbui, de formă rotundă, în parte localizate pe piele sănătoasă, în parte înconjurate cu un halou inflamator. Consistența lor este moale elastică (dând impresia unei perne de cauciuc) la palpare. La început bulele sunt destinse și pline cu serozitate clară, care după 24 ore devine turbure bulele devenind flasce. Decapând bulele se elimină o serozitate sero-citrină clară, lăsând să se vadă o suprafață madidantă acoperită mai ales în centru cu o membrană fibrinoasă albă. Unele leziuni sunt uscate, lăsând în urmă placarde eritematoase acoperite cu epiderm alb. Semnul lui Nikolsky este prezent.

Tratament:

13 II. Albucid (3 ori 2 tab. pe zi după mâncare). Local: pans. vaselină boricată după decaparea bulelor.

14 II. Albucid (3 ori 2). Leziuni noi pe tot corpul.

15 II. Albucid (3 ori 2). Leziuni noi mai reduse ca număr.

16 II. Leziuni noi pe spate și gât. Cele vechi epitelizate.

17 II. Compres. a. boric. Leziuni noi pe gât, izolat pe restul corpului.

20 II. Compres. a. boric. Leziuni noi.

23 II. Compres. a. boric. Leziuni noi pe fesă. Inj. Prontosil.

24 II. Prontosil.

25 II. Prontosil. Compres. a. boric. Starea generală bună. Temperatura subfebril.

Leziunile vechi se epitelizează repede. Leziuni noi pe abdomen. Pansament cu rivanol (pastă).

27 II. Leziuni noi pe antebrațe. Pans. cu metavaccin pe brațul drept, cu dermin pe cel stâng.

28 II. Leziuni noi, starea generală bună, pans. cu pastă rivanol.

29 II. Aceeași stare.

1 III. Prontosil.

3 III. Prontosil Pans. rivanol și compres. a. boric pe restul corpului.

5 III. Prontosil.

7 III. Prontosil. Leziuni noi pe brațe. Decapare și pans. cu pasta rivanol.

9 III. Prontosil.

10 III. Pans. rivanol.

11 III. Prontosil. Starea generală bună, afebril, mucoasele libere. Leziuni noi de dimensiuni reduse cu pereții distinși pe extremitatea sup.

12—16 III. Zilnic pans. cu pasta rivanol.

18 III. Se administrează al II-lea tub de Albucid (3 ori 2 tabl. pe zi).

19 III. Albucid.

20 III. Albucid. Nu se mai prezintă leziuni noi, iar cele vechi epitelizează foarte repede. Pans. vaselină boricată.

21 III. Albucid.

22 III. Starea generală bună. Nu se mai observă nicio leziune nouă.

24 III. Bolnavul părăsește serviciul vindecat.

Din cele relatate relativ la tratamentul aplicat de noi în acest caz de P. vulgar, administrând Albucid pe lângă inj. cu Prontosil și tratament local, reiese necesitatea aplicării preparatelor sulfamidice în această dermatoză gravă cu etiologia necunoscută, obținându-se (ca și în cazul de față) pe lângă dozați alese individual și susținere a preparatului sulfamidic prin medicații ajutătoare combinate, rezultate deseori favorabile.

Bibliografie.

1. Arzi-Zieler: Haut u. Geschlecht III, I, V.
2. Colbazi: Cluj. Med. 1936, Nr. 7. Pag. 456.
3. Cokkins: Derm. Wschr. 1939, Bd. 108, H. 5.
4. Gougerot: Dermatologie 225—235.
5. Rieche: Haut u. Geschl. 248.
6. Darier: Dermat.
7. Țârlea: Ard. Med. 1942, Nr. 5, Pag. 191.
8. Țătaru—Pop—Țârlea: Cluj. Med. 1938, 21.
9. Țătaru—Pop—Țârlea: Cluj. Med. 1939, 2.
10. Ziegler—Siebert: Behand. der Hautkrank. 249.
11. Wolfram: Wiener Kl. Wschr. 1942, Nr. 17, Pag. 339.
12. Jadassohn: Handbuch der Haut u. Geschlechtskrank.

Bd. VII/2.

Probleme profesionale

Orientarea Profesională

de

Dr. Cosma Dumitru

Medic Primar de Județ

În exercitarea funcțiunii de Medic Inspector General în Asigurările Sociale am avut foarte des prilejul de a verifica neajunsurile ivite*) între ucenici și patroni din motivul că, ucenicul intrat la patron pentru învățarea unei meserii, în cursul anilor de ucenicie a ajuns la convingerea că, meseria aleasă nu este potrivită aptitudinilor sale fizice și intelectuale și prin urmare era nevoit a o părăsi după un an sau mai mult de ucenicie. Vina nu era nici a ucenicului, nici a patronului, ci ea se datora inexistenței unui oficiu de orientare profesională care să fi dat la timpul său elevului, dornic de a învăța o meserie, îndrumările necesare spre a apuca la meseria cea mai potrivită fizicului și intelectului său. Din cauza nepotrivirii fizicului și intelectului pentru meseria aleasă au avut de suferit ucenicul, părinții săi, patronul și statul, economia națională pierderi materiale și morale.

Toate aceste daune morale și materiale erau provocate din lipsa unui oficiu de îndrumare a tinerilor cari plecau la meserii.

Orientarea profesională în viața industrială a unui stat este de o importanță covârșitoare, importanța aceasta se evidențiază și mai mult la noi, unde în anul 1920 a început o febrilă și asiduă activitate pentru înființarea de diferite industrii și unde se scrie, se face propagandă pe toate căile, prin toate mijloacele, pentru întreținerea meseriilor, s'a uitat însă total de a se crea și organe, care să dea sfaturi copiilor la alegerea meseriilor. Aceasta situație a dăinuit până în anul 1936, când s'a votat legea pentru pregătirea profesională și exercitarea meseriilor.

Statul, apărătorul intereselor întregii populațiuni, organizatorul diferitelor instituțiuni cu menire de ocrotire socială, prin Legea pregătirii profesionale și exercitarea meseriilor, prin înființarea oficiului de orientare profesională a făcut un progres însemnat pe terenul social-industrial în vederea selecțiunii elementelor muncitorești; în vederea ocrotirii și apărării sănătății funcționarului a dispus prin statutul funcționarilor ca, fiecare funcționar, la intrarea în serviciu să prezinte

un certificat de sănătate, ocrotind astfel pe funcționari de eventualele molipsiri dela funcționarul bolnav, iar pe Stat de sarcina de a întreține pensionari înainte de vreme.

În viața particulară Societățile de asigurare condiționează primirea în asigurare de re uitatul anumitor vizite medicale pentru a se elimina dela primire elementele, cari în scurt timp dela primire se îmbolnăvesc, cauzând astfel pierderi materiale Societății. Cu atât mai mare importanță are examinarea ucenicului la intrarea lui la meserie, cari examinări se fac și în interesul patronului, care poate fi Statul sau particularul. Măsurile aceste sunt justificate din punct de vedere al patronului, însă sunt insuficiente din punctul de vedere social al individului. Ele iau în considerare numai interesele patronului și numai după aceea pe cele ale muncitorului angajat. Refuzatul știe că nu este apt pentru o anumită meserie, nu este orientat însă pentru care meserie este apt, acest refuz îl consideră muncitorul ca un fel de pierdere materială pentru dânsul.

Pe măsură ce se dezvoltă ocrotirea socială, importanța orientării profesionale crește și mai mult în vederea realizării principiului ca, fiecare individ să fie plasat la meseria în care poate aduce un real folos statului și lui însuși.

În timpurile antebelice, când exista sistemul medicului de familie, medicul era acela, cari își da avizul la alegerea meseriei. În acelea vremuri nu avea importanță fizicul elevului (ucenicului), ci mai mult alte considerente determinau alegerea meseriei, dorința părinților era imperativul categoric, ei hotărau ca copilul lor ce meserie să-și aleagă, numai în cazul unui defect fizic pronunțat renunțau părinții la decizia lor. Din aceasta dorință a părinților se iveau multe neajunsuri pentru sârmanul ucenic.

De multe ori nici chiar o infirmitate corporală avansată nu era luată în considerare, ci părinții sau copiii se foloseau de toate mijloacele pentru ajungerea scopului urmărit în cele mai multe cazuri în detrimentul lor. În cele mai multe cazuri nici nu se cerea părerea medicului de familie, crezându-se că copilul este sănătos. Urmările acestei neglijențe nu întârziiau să se prezinte, meseria fiind grea pentru fizicul slăbit, nedezvoltat, copilul slab hrănit, ucenicul devenea astenic, anemic, lipsit de poftă de mâncare și pentru a nu

*) Constatările mele le-am cuprins în referate și le-am adus la cunoștința forurilor competente din Casa Asigurărilor Sociale. Cu raportul meu 489—1929, am făcut propuneri pentru înființarea oficiilor de orientare profesională, insistând pe lângă importanța lor. Aceste oficii abia în anul 1936 au luat ființă prin legea pentru pregătirea profesională.

Protecția gestației



în avort iminent și habitual
sterilitate în urma netransformării
mucoasei uterine în faza pregravidă,
hemoragii (hiperplasii glandulare,
cistice, juvenile și climacterice)

Flavolutan

(Corpul galben dizolvat în uleiul germenului de grâu)

Conține deci și vitamina E. Deaceia acțiune
mărită a progesteronului. Pe baza conținutului
vitaminei E este mai ales indicat în tratamentul
avortului habitual și iminent.

Fiole cu câte 2 mg
cutii cu 1 și 3 fiole

Fiole cu câte 5 mg
cutii cu 1 și 5 fiole



C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: **Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.**

Tratament de întreținere în cholecistopatii

HERBACHOL „Sapic“

ceaiu

Asociație de plante medicinale cu acțiune blândă Choleretică,
cholagogă, antiflogistică și calmantă.

Indicat în

Cholecistopatii subacute și cronice,

Cholelitiază

In Hiperaciditate

Gastrită hiperacidă

Ulcer stomacal și duodenal

ANTACID „Sapic“

ANTACID cu Belladonna

Alcalinoterapie combinată (alcaline ușor și greu solubile, pentru a întreține
aciditatea fiziologică în stomac)

ANALEPTIC

CARDIOTONIC

CORDISAN „Sapic“

CORDISAN - EFEDRINA

Picături, Fiole, Pulbere pentru receptură

In toate stările de slăbiciune ale inimei și ale circulațiunii sanguine

Mostre și literatură trimite la cerere :

DEPARTAMENTUL ȘTIINȚIFIC

„SAPIC“

București VI, — Str. Cazărmei 89

cădea la pat, patronul sfătuia părinții să schimbe meseria, nefiind el apt pentru ea. Timpul servit era pierdut pentru ucenic, care era nevoit să înceapă din nou învățarea altei meserii. Câteva exemple din cele multe: Hipermetropia accentuată cu o acuitate vizuală bună cauzează individului în permanență greutatea enormă la munca din apropiere. Mulți juvalieri, ceasornicari având acuitate vizuală normală, pe lângă folosirea ocularului de corecție la munca apropiată, din cauza greutăților vizuale sunt forțați să-și părăsească meseria aleasă, după ce a lucrat în ea mai mulți ani. Chelnerii cu o miopie progresivă, care nu le cauzează nici o greutate la început, mai târziu nemai putând servi, și-au pierdut postul, deoarece chelnerii cu ochelari nu sunt bine primiți în serviciu.

Este evident că, fără o îndrumare profesională la începutul carierei ucenicul are multe de suferit, obligat fiind la părăsirea meseriei care se dovedește a fi necorespunzătoare pentru el. În felul acesta crește mereu numărul cariere/or greșit alese și numărul nemulțumirilor.

Oficiile de orientare profesională trebuie să convingă părinții despre necesitatea examinării copiilor înainte de alegerea meseriei.

La noi sunt puține oficii de orientare profesională în ființă. Aceste pot fi înființate în conformitate cu Legea, de către Stat, județ, comună, camere de industrie și comerț, camere de muncă, întreprinderi industriale de stat și particulare. Oficiile acestea se mai pot înființa în centrele industriale mari ca anexe pe lângă oficii de plasare, cămine de ucenici, întreprinderi industriale. Toate aceste oficii trebuiesc autorizate de către Ministerul Muncii, care va lua și avizele institutului psihotehnic, inspectoratului muncii, camerii de muncă, camerii de comerț din regiunea respectivă.

Legea pregătirii profesionale și a executării meseriilor a introdus pentru prima oară la noi examinarea psihotehnică a ucenicilor de către oficiile de orientare profesională.

Din cauza că numărul oficiilor de orientare profesională este încă foarte limitat, până la înmulțirea lor examinarea psihotehnică este încă facultativă.

Îndrumarea și controlul tehnic al funcționării oficiilor de orientare profesională a fost atribuția Institutelor psihotehnice universitare de pe lângă Universitățile din București, Cluj, Sibiu, Iași, Cernăuți, institute azi desființate. Misiunea acestor institute era: Pregătirea personalului necesar oficiilor de orientare profesională, îndrumarea și supravegherea lor din punct de vedere tehnic, stabilirea monografiilor și testelor profesionale de meserii, studierea tuturor problemelor în legătură cu organizarea științifică a muncii, organizarea științifică a meseriei, selecționarea profesională,

prevenirea accidentelor de muncă și reeducarea profesională a accidentaților.

Toate aceste atribuțiuni au trecut din 1940 asupra Laboratoarelor psihotehnice.

Orientării profesionale trebuie să i se dea importanța cuvenită și e nevoie ca să ia ființă în fiecare oraș, municipiu, centru industrial, cât mai urgent câte un oficiu. În Germania există un număr considerabil de oficii, în orașele mai mari sunt în fiecare circumscripție câte unul, unde conlucrează medici, învățători, profesori, maeștri, un reprezentant din fiecare ramură a meseriei sau industriei.

Medicul școlar are o menire covârșitoare în școala primară și supraprimară. El, cu ocazia vizitelor periodice, poate selecționa copiii cu intelect redus, insistă pentru a scoate pe acești elevi dintre ceilalți și a-i da la școli speciale pentru cei debili mintali.

Învățătorii, cari stau ani dea rândul în contact cu elevul, au ocazia să observe toate schimbările caracterului și astfel sunt în măsură a informa obiectiv pe părinți și pe membrii oficiului.

Medicul școlar îndeplinește un rol important în îndrumările profesionale prin observațiile îndelungate ale copiilor prin examinările corporale periodice, prin observarea dezvoltării intelectului.

Medicul școlar îndeplinește astfel chemarea fostului medic de familie. Drept aceea el trebuie să posede cunoștințe vaste din toate ramurile medicinei.

Baza unei îndrumări profesionale serioase trebuie să fie serviciul medicului școlar, în colaborare cu alți specialiști de nas, gât, urechi, oculist, dentist, ftisiolog, etc. Din conlucrarea acestor specialiști vom obține rezultate satisfăcătoare. Medicul școlar nu trebuie să se restrângă la constatarea, supravegherea stării sanitare ale elevilor, el trebuie să le dea noțiuni despre igiena industrială, despre noxele împreunate cu diferite ocupațiuni și servicii.

Aceste cunoștințe trebuie să le răspândească și în școlile de ucenici. El trebuie să observe elevii și din punct de vedere psihologic ca să-și facă o iconă clară despre puterea de rezistență, de observație, de fixarea atenției și a reacțiunii. Va începe conlucrarea cu diferitele bresle, cari stabilesc toate însușirile ce trebuie să aibă un ucenic, pentru diferite meserii. Este o deosebire între a învăța o meserie și a o exercita. La învățarea unei meserii de multe ori e nevoie de o mai bună funcționare organică decât la exercitarea acelei meserii. Exercițarea și stăpânirea unei meserii, dă posibilitatea individului să o continue pe lângă toate scăderile corporale, care profesiune nu ar mai fi putut fi învățată, dacă scăderile le avea la intrarea la meserie. Medicul îndrumător nu trebuie să privească numai starea prezentă a individului, ci trebuie să tragă concluzii la viitoarea dezvoltare a lui. Medicul trebuie

să cumpenească dispoziția sufletească, patimile elevului, să fixeze însemnătatea lor, să facă prognosticul cu privire la aptitudinile trupești și sufletești.

Medicul trebuie să dea o deosebită atenție organelor senzitive mai ales ochilor, urechilor.

Pe lângă toate că se fizează unele norme pentru învățarea unei meserii, totuși trebuie să individualizăm îndrumarea profesională, luând în considerare și starea materială și familială a individului. Trebuie să respectăm și dragostea față de meserie a elevului, căci iubindu-și meseria va învinge cu ușurință greutățile ce le va întâmpina. Sunt unele meserii unde chiar dacă în cursul meseriei se dovedește că ucenicul nu este apt, își poate schimba ramura meseriei de exemplu tâmplarul de mobilă fină, dacă nu mai poate lucra cu politura din cauza exemei, poate rămânea tot în același atelier, lucrând la rindea.

Examinările periodice trebuiesc făcute și chiar după ani de ucenicie.

Legea pregătirii profesionale și a exercitării meseriilor din 1936 este legea a cărei lipsă se simțea de mult, erau încă legi cari se ocupau de problema meseriilor, însă problema nu era tratată suficient și toate aceste legi erau învechite, nu mai corespundeau cerințelor.

Lipsea o lege mai completă a problemei pregătirii calificării profesionale și exercitării meseriilor, lipsea o modificare și o adaptare a problemei muncitorești la cerințele tehnice moderne, la necesitățile economice-naționale și sociale a vieții noastre de stat.

Problema complexă a meseriilor până la legea din 1936 a fost tratată fragmentar și sporadic în codul altor legi și anume, în legea pentru organizarea plasării din 26 Mai 1921, în legea căminelor de meserii din 21 Martie 1927, în legea pentru ocrotirea muncii minorilor și a femeilor, asupra duratei muncii din 13 Aprilie 1928, modificată la 11 Octomvrie 1932, în legea asupra contractelor de muncă din 6 Aprilie 1929, în legea pentru protejarea muncii indigene din 3 Aprilie 1930.

De altcunum chiar legea din 1936 a suferit modificări prin legea apărută în Monitorul Oficial Nr. 135 din 16 Iunie 1938.

Prin Decretul-Lege apărut în Monitorul Oficial Nr. 268 din 14 Noemvrie 1940, organizarea și funcționarea laboratoarelor psihotehnice și oficiilor de orientare profesională a suferit din nou modificări în sensul următor: Institutele psihotehnice din București, Iași, Institutul psihotehnic evacuat din Cluj, precum și laboratorul psihotehnic refugiat din Cernăuți se desființează. La fel s'a desființat și serviciul psihotehnic înființat prin legea asigurărilor sociale din 22 Decemvrie 1938 pe lângă Direcția Asigurărilor Sociale din Casa

Centrală. În schimb s'au înființat câte un laborator psihotehnic în București și Sibiu. Acestor laboratoare li s'au dat atribuțiunile ce le aveau institutele desființate.

S'a menținut oficiile de orientare profesională din Arad, Timișoara, Sibiu, Brașov, Craiova, București, Ploești, Galați, Iași, ale Ministerului Muncii.

Sarcina oficiilor a rămas aceeași de a îndruma pe candidații la ucenicie, în general pe aceia, cari voiesc să practice o îndeletnicire de natură industrială în ateliere, fabrici și industrii, către meseriile cele mai potrivite cu aptitudinile lor pe baza examinării psihotehnice. Și această lege menține pe mai departe examenul de orientare profesională în mod facultativ, ceea ce constituie o amânare a punerii în aplicare a dispozițiilor oficiului de orientare profesională.

Problema orientării profesionale nu mai poate rămâne neglijată nici la noi, trebuie așezată la locul celei compete, prin îmbrățișarea ei ocrotim ucenicii, muncitorii, industriașii, intensificându-se astfel producția.

Trebuie înființate cât mai multe oficii de orientare profesională.

Ministerul Muncii trebuie să oblige Camerele Industriale, Camerele de Muncă, Inspectoratele Muncii, și întreprinderile industriale să înființeze astfel de oficii.

În aceste oficii vor funcționa: patronii, muncitorii din fiecare breslă, medici specialiști, învățători, profesori, directori de școală, ingineri experți, inspectorul muncii, medici școlari, medici legiști, conducătorul oficiului.

Ăceste oficii vor fi în permanentă legătură cu oficiile de plasare, cari se vor nizu ca să plaseze pe cei apti.

Cele mai prețioase informațiuni și detalii ni le pot furniza învățorii și profesorii, cari au posibilitatea să observe timp mai îndelungat elevii, făcându-și o părere definitivă asupra caracterului și aptitudinilor sufletești și trupești, ale elevilor, cari doresc a îmbrățișa o meserie oareșicare.

Intensificând activitatea acestor oficii, vom ajunge la rezultatele dorite prin alegerea meseriei potrivită, devenind astfel ucenicul și maestrul, un membru folositor societății și Neamului.

Trebuie să se dea o cât mai mare publicitate acestor oficii prin presă și prin filme. Învățătorii vor înființa și conduce în mod serios și nepărtinitor, cazierul elevului, care cazier va fi prezentat oficiului de orientare, odată cu elevul care dorește a fi îndrumat. Având un punct de plecare serios, conducătorul oficiului care este chemat a-și da avizul în cauză, stabilind după toate examinările meseria cea mai potrivită pentru cel ce s'a supus examinărilor.

Societăți medicale

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE DERMATOLOGIE ȘI
SIFILIGRAFIE — SECȚIA CLUJ

Adunarea Generală Ordinară din 22 Ianuarie 1940

1. Cuvânt de deschidere ;
2. Raportul de activitate al Secretarului General ;
3. Raportul Casierului ;
4. Demisia vechiului Comitet ;
5. Alegerea noului Comitet ;

Președinte : Prof. Dr. C. Tătaru ;

Vice-președinți : Dr. E. Colbazi, Dr. D. Stanca, Conf.

Dr. A. Voina, Dr. L. Pop ;

Secretar General : Dr. P. Țârlea ;

Secretari de ședințe : Dr. L. Modran, Dr. N. Păcescu.

6. Comunicări :

a) **Dr. O. Mihalescu, Dr. N. Lengyel, Dr. L. Modran : Două cazuri de lupus eritematos diseminat.** Este vorba de o fetiță de 16 ani, prezentând pe lângă un lupus eritematos centrifug al feței, o serie de plăci tipice eritemato-scvamo-cornoase pe dosul mâinilor și gambe, iar în al 2-lea caz, de un bărbat de 28 ani, internat în nenumărate rânduri în clinică, cu leziuni de lupus eritematos centrifug și care de data aceasta, după ce lucrase câțiva timp într-o fabrică de piele, prezintă numeroase plăci diseminate pe extremități, de tipul lupusului eritematos.

b) **Dr. P. Țârlea, Dr. L. Modran : Psoriază vulgară lineară și zoniformă.** Se prezintă cazul unui băiat de 10 ani, care oferă tabloul clinic al unei psoriaze, cu o topografie curioasă a erupțiilor. Astfel, ele au o dispoziție lineară pe dosul nasului și pe fețele extensorice ale extremităților superioare și inferioare, iar pe torace, tot pe partea laterală stângă, leziunile sunt distribuite sub aspectul unei zone intercostale. Afară de această topografie lineară și zoniformă a leziunilor, trebuie remarcat și faptul, că debutul afecțiunii s'a făcut la vârsta de 3 ani, ceea ce constituie de asemenea o raritate clinică.

c) **Dr. P. Țârlea : Zonă și varicelă.** Se aduce o contribuție clinică interesantă doctrinei identității virusului zonei și varicellei, prin observația unei femei de 32 ani, care suferind de o zonă intercostală stângă tipică, în parte gangrenoasă, la 2 săptămâni îi apar erupțiuni diseminate pe trunchi și pielea păroasă a capului, de tipul varicellei, având evoluția tipică a leziunilor variceloase.

d) **Dr. L. Pop, Dr. Păcescu : Două cazuri de sifilom primar extragenital.** Se prezintă un bolnav de 26 și altul de 21 ani, cu câte un sifilom primar gigantic în regiunea suprapubiană, însoțite de rozeolă și condilome late erozive.

e) **Dr. L. Pop, Dr. F. Veress : A. T. 10. În tratamentul sclerodermiei.** Se comunică rezultatele bune, obținute cu acest preparat în diferite forme de sclerodermie, rezultate ce vor forma subiectul unei lucrări mai ample.

f) **Dr. L. Pop : Un caz de actinomicoză a regiunii fesiere, vindecat prin Roentgen- și vaccinoterapie.**

g) **Conf. Dr. C. Stanca, Dr. I. Stupariu : Prezentări de cazuri.**

Ședința din 26 Martie 1940

a) **Dr. Modran, Dr. Păcurariu : Un caz de blenoragie complicată cu artrită și oftalmie endogenă.**

b) **Dr. P. Țârlea, Dr. Modran, Dr. Păcescu : Sifilide secundo-terțiare scrotale.** Este vorba de un tânăr de 20 ani, care prezintă erupțiuni papulo-scvamo-crustoase, constituite în placard serpiginos, în partea centrală lăsând în urma lor, niște cicatrice

netede. Diagnosticul se bazează pe caracterul ne-rezolutiv al leziunilor și pe lipsa altor manifestări din perioada secundară, aceste erupțiuni clasându-se printre sifilidele secundo-terțiare, numite și „de trecere”.

c) **Dr. P. Țârlea, Dr. Păcescu : Actinodermită polimorfă.** În legătură cu observația unei bolnave de 26 ani, care prezintă de 12 ani erupțiuni aczematoase pe părțile descoperite, agravate la soare și ameliorându-se la adăpost față de iradiațiile solare, autorii trec în revistă diferitele forme de dermatoze actinice, alegând pentru caracterizarea acestor fel de forme clinice, termenul de : actinodermită polimorfă.

d) **Dr. P. Țârlea, Dr. L. Modran : Cazuri de psoriază artropatică.** Se prezintă 3 cazuri cu psoriază vulgară generalizată, asociate cu artrite deformante mai cu seamă ale articulațiilor mici ale mâinilor și picioarelor, insistându-se asupra legăturilor acestor forme clinice cu tuberculoza, ca și în cazurile prezentate, având focare vechi pulmonare, respective antecedente bacilare.

e) **Dr. P. Țârlea, Dr. Păcescu : Considerațiuni asupra eritemului centrifug Darier, în legătură cu 5 cazuri observate până în prezent.** Observând recent al cincilea caz din această dermatoză rară, — cazul unui bărbat de 24 ani prezentând de 8 luni placarda rotunde-ovalare și serpiginoase, cu progresiune lentă dela gamba stângă spre coapsă, având o pigmentație discretă și o descvamație ușoară, iar la periferie o coardă eritemato-edematoasă lividă, de 1/2 cm. lățime — autorii trec în revistă caracterele clinice, diagnosticul diferențial de cele mai multeori foarte dificil față de formele atât de variate și confuze ale eritemelor figurate, precum și etio-patogenia încă incertă a eritemului centrifug tip Darier.

f) **Dr. L. Pop, Dr. I. Mihalca : Un caz de sarcom gigant al gâtului.** Un bărbat de 30 ani, care prezintă în regiunea cervicală dreaptă o tumoră cât un cap de adult, cu suprafața neregulată, de consistență dură, având structura istologică a sarcoamelor rotundo-celulare.

g) **Dr. L. Pop, Dr. O. Mihalescu : Ulcus rodens al regiunii temporale.**

h) **Doc. Dr. A. Iancu : Zonă și varicelă.** Se prezintă cazul unui băiat de 4 luni, care în contact cu îngrijitoarea lui, bolnavă de zonă, face o varicelă. Autorul susține teza unicității.

i) **Conf. Dr. C. Stanca, Dr. I. Stupariu : Prezentări de cazuri.**

Ședința din 18 Aprilie 1940

a) **Dr. P. Țârlea, Dr. Păcescu, Drd. A. Opreș : Un caz de tuberculide ulceroase Pautrier.** Bolnavă H. P. de 30 ani, care de 3 ani prezintă leziuni tipice papulo-necrotice pe gamba stângă, așărând în puseuri și având o evoluție torpidă. De un an i-au apărut pe ambele gambe, leziuni ulceroase rotunde, superficiale, de mărimea unor monede de 2 Lei, cu fondul și marginile necrotice, neregulate, încadrându-se în tabloul clinic descris de Pautrier sub numele de tuberculide ulceroase. Se insistă asupra tabloului clinic, etio-patogeniei și tratamentului acestor manifestări cutanate.

b) **Dr. O. Mihalescu : Lupus eritematos exantematic, cu tbc. poliviscerală.**

c) **Dr. P. Țârlea, Dr. Modran : Un caz de piodermie vegetantă.** Un bărbat de 26 ani, cu un placard cicatricial rotund, de mărimea unei palme de copil, localizat pe dosul mâinii stângi, având în centru bride cicatriciale, iar spre periferie o serie de mici ulceratii neregulate și microabcese. În culturi se pune în evidență stafilococul aureu.

d) **Dr. P. Țârlea, Dr. Modran, Dr. Păcescu : Infecție sifilitică amigdaliană cu fenomene grave de generalizare.** Bol-

nava G. A. de 29 ani, tratată de mai mulți medici cu o angină, considerată simplă, la 6 săptămâni prezintă erupțiuni papulo-lenticulare. Adenopatia cervicală dreaptă și R. W. intens pozitivă au confirmat părerea autorilor, că a fost vorba de o infecție sifilitică extragenitală, amigdala dreaptă în momentul examinării fiind încă tumefiată, roșie, cu suprafața cicatricială, vestigiul unui sifilom primar evoluat la acest nivel.

e) **Dr. P. Țârlea, Dr. Modran: Un caz de pitiriază rubră pilară.** Se prezintă cazul unui bărbat de 28 ani, care de 2 ani observă apariția unui număr mare de erupțiuni tipice papulo-scvamo-cornoase perifoliculare diseminate pe trunchi, gambe, coapse și placcarde întinse eritemato-scvamo-cornoase acoperind brațele, antebrațele și extremitățile inferioare, pe lângă o pitiriază albă a capului, o hiperkeratoză palmo-plantară și o îngroșare a unghiilor. Nu s'a putut depista vreun moment etiologic evident (tbc., hipovitaminoză, insuficiență endocrină, etc.).

f) **Dr. P. Țârlea, Dr. Păcescu: Un caz de acne cheloidiană.** Bolnav de 32 ani, care de un an prezintă niște foliculite pe ceafă, vindecându-se cu o bridă cicatricială tipică pentru această afecțiune. Tratamentul cu electropunții și cu pastă cu Zinabar au dat rezultate satisfăcătoare.

g) **Dr. P. Țârlea: Primele rezultate obținute cu Sulfapyridine în tratamentul blenoragiei.** Se comunică în mod provizoriu, observațiile în legătură cu aplicarea noilor preparate Sulfamidate: Dagénan și Albucid, la un număr de 85 cazuri de uretrite blenoragice necomplicate, acute, subacute și cronice, obținând vindecarea în aproximativ 88%, rezultatul definitiv putând fi publicat într'un studiu mai vast, numai după o perioadă de control mai îndelungată, pentru a putea înregistra recidivele tardive. Se relevă toleranța mai redusă a bolnavilor față de aceste preparate, indicând apoi pozologia foarte importantă pentru a obține maximum de concentrație sanghină în minimum de timp, ce permite toleranța organismului. În general, pozologia cea mai potrivită este de două atacuri de câte 5 zile, cu 6 tablete pe zi. Prin Sulfapyridine, s'a realizat un progres incontestabil în chimioterapia Sulfamidată, prin ele deschizându-se perspective nebănuite în vindecarea rapidă a blenoragiei, prin aceste metode chimioterapeutice simple, comode, la îndemâna oricărui medic și relativ ieftine. Este important, ca tratamentul local să fie aplicat sub formă de spălături ușoare uretrale, pentru a susține prin acest mijloc mecanic, acțiunea bactericidă a Sulfamidelor, prin aceasta având și posibilitatea, de a ține pe bolnavi sub control permanent și astfel de a putea intercepta recidivele. Cercetările fiind încă în curs, această comunicare are numai un caracter informativ.

h) **Dr. L. Pop, Dr. Veress: Un caz de actinomicoză a buzei superioare.** Un bolnav de 15 ani, care de un an și jumătate prezintă o tumefiere a buzei sup. cu descvamație și fisuri, și care la intradermoreacția cu vaccinul antiactinomicozic a dat rezultate pozitive. Tratamentul cu vaccin specific și Iod, a adus o ameliorare simțitoare.

i) **Dr. L. Pop, D. I. Mihalea: Sifilis secundar pustulos.**

j) **Dr. L. Pop, Dr. O. Mihălescu: Un caz de precancerroză cu localizare pe gambă.**

Ședința din 30 Mai 1940

a) **Dr. O. Mihălescu, Dr. L. Modran: Tuberculoză hiperplazică diseminată.**

b) **Dr. P. Țârlea, Dr. O. Mihălescu, Dr. N. Păcescu: Cazuri de psoriază la copii.** Se prezintă două cazuri de psoriază gutată și numulară, apărută la doi copii de 6 și 9 ani, această afecțiune fiind rară sub 12 ani. Se insistă asupra rolului timusului în metabolismul epidermic și asupra rezultatelor bune, obținute prin radioterapie tmică.

c) **Dr. P. Țârlea: Un caz de induratio penis plastica.** A. G. de 62 ani, pensionar, care de 6 luni simte o jenă din ce în ce mai accentuată în timpul contactului sexual, penisul fiind incurbat în sus, pe lângă o polaciurie nocturnă cu jetul urinar deformat. La examenul somatic organele genitale de aspect normal la palpație, pe fața dorsală prezintă o bandă sclerofibroasă longitudinală, întinsă din apropierea rădăcinii penisului, până la șanțul coronarian. Banda are o lățime de 1,1/2 cm., turtită de sus în jos, fiind foarte dură, nemaleabilă. Cazul acesta este primul pe care-l observăm la Clinică în ultimii 15 ani.

d) **Dr. P. Țârlea: Un caz de eritem polimorf veziculo-bulos, recidivant, în parte serpiginos.** C. S. de 21 ani, student, de 5 luni prezintă eroziuni pe mucoasa bucală, apoi pe cea faringiană, și în ultimul timp și pe prepuțiu, în ultimul timp apărându-i o erupțiune eritemato-papuloasă, în parte veziculo-buloasă, dispusă în placard serpiginos pe coapsa stângă. Erupțiunea fiind diagnosticată de noi ca un eritem polimorf, astfel s'a clarificat și natura eroziunilor recidivante de pe mucoase, ele având aceeași natură. Tratat cu Prontosol și apoi cu Salicilat de Sodiu, toate manifestațiile și starea febrilă de 38° s'au vindecat în decurs de 10 zile. Caracterul deosebit al cazului constă în leziunile mucoaselor, care au premers cu unu de zile cele cutanate și în recidivele repetate, precum și în dispoziția sub formă de placard serpiginos al unor erupțiuni de tip veziculo-bulos. Etiologia acestei erupțiuni nu s'a putut clarifica.

Revista cărților

Igiena sporturilor de Dr. Radu Olinescu, (Monitorul Oficial București 1942.

Publicația Dlui Dr. Olinescu vine să umple un gol în literatura noastră medicală sportivă, căci pe măsură ce practica sporturilor era impusă pe o scară tot mai largă tineretului, lipsa unui îndreptar simplu și totuși complet de igienă sportivă se simțea din ce în ce mai mult. Nimic mai dăunător sănătății tinerilor decât sportul practicat fără măsură și fără control. În cartea Dlui Dr. Olinescu atât sportivii cât și cei chemați să îndrumeze și supravegheze educația fizică vor putea găsi noțiunile fundamentale privitoare la modul cum trebuie practicat orice exercițiu fizic, cum pot fi evitate greșelile și accidentele și mai ales vor găsi indicații prețioase în privința fiziologiei respirației și circulației în cursul efortului

sportiv, precum și în ce privește alimentația celor ce activează în sport, înbrăcămintea ce-a mai potrivită pentru ei și măsurile de igienă generală pe care trebuie să le respecte.

Intr'un ultim capitol sunt arătate condițiile pe care trebuie să le întrunească instalațiile sportive: săli de gimnastică, stadioane, piscine etc., indicându-se și bibliografia medico-sportivă mai importantă.

Dr. L. Daniello.

Probleme de chirurgie infantilă în practică. Prof. Dr. Gohrbaudt: Chirurgische Fragen der Kinderheilkunde in der Praxis. 67, p. Enke: Stuttgart. 1942 2. Auflage. Prețul broșat 3,60 RM. Autorul se ocupă cu diferite boli din chirurgia infantilă, cu importanța deosebită pentru medicii practicieni interniști și chirurși

THIONAÏODINE

INJECTABILĂ A & B

*maladia reumaticală cronică
și sindromele sale dureroase*

COMPRIMATE

*carență de sulf
reumatisme cronice*

PRODUSE ATOXICE
INECȚII INDOLORE



ACȚIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACȚIUNI

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevralgii și secuale

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B₁

nevrite și polinevrite infecțioase și toxice

A intramusculară: două miligr. Vitamină B₁
pe fiolă de 10 cc.
Cazuri de gravitate mijlocie.

B intravenoasă: un centigr. Vitamină B₁
pe fiolă de 10 cc.
Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Eșantioane și Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R., BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8

Preventiv In Asthm

o singură comprimată de
Iminol

previne accesul iminent
dacă este luată la timp.

Intrebuițarea comodă

fără acțiune secundară.

Nu produce obișnuință.

Tuburi cu 10 și 20 comprimate

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Capitol 1, fisuri ale feței: în primele 3 luni ale vieții să fie făcute intervenții chirurgicale numai în caz când vitalitatea este compromisă. Intervenind în aceste cazuri autorul subliniază că este foarte importantă formarea orificiului nasal.

2. Fisura osului palatin; dacă există și fisura labială, aceasta trebuie întâiu operată.

3. Fistule cervicale; fistulele mediale și laterale odinioară au fost privite ca de origine bronchială. În cercetările noi această părere nu mai este de actualitate, fiind constatat că fistulele mediale provin din ductus tyroglossus, iar laterale din ductus tymopharyngeus. La intervenția chirurgicală trebuie să urmărească exstirpațiunea radicală, eventual cu rezecția parțială a osului hioid.

4. Chiste cervicale: Diagnosticul diferențial se face între chiste provenite din ductus tyroglossus ori tymopharyngeus și chistele dermoide. Terapia este exstirpația radicală.

5. Fisurile vertebrale: La 1000 de nașteri 1 fisura. Intervenția trebuie să tindă la corectarea prin acoperirea defectului cu substanța osoasă, periostală ori cu musculatura.

6. Spina bifida occulta: este deja suspect dacă în regiunea inferioară a șirei spinării se constată o tumefiere acoperită cu păr, ori piele pigmentată, cicatrizată, tel — ori limf — angiectatică. În asemenea cazuri precauția trebuie să fie deosebită, dacă se intervine din indicația cosmetică.

7. Empyem pleural; empyeme de origine piogene se întâlnesc la copiii mari de două ori mai des ca la sugaci, dar mortalitatea sugacilor este de două ori mai mare. Pronosticul este mai favorabil la empyem cu dezvoltarea lentă, mai grav la empyem complicat cu pneumonie, otită medie acută, scarlatină; infaust la emphyem putrid-anaerob cu pneumotorace. Terapia: în primele 3 săptămâni se poate evacua prin puncție simplă; dacă se umflă din nou; drenaj permanent metoda Bulau. De obicei rezecția costală trebuie făcută numai în cazuri rare (puoi prea gros, spațiul intercostal prea îngust). La empyem tuberculos tratamentul este la început conservator, dacă tensiunea este prea mare: evacuarea parțială și insuflarea de aer ori azot (Wenkeboch, Spengler).

8. Spasm piloric: Intervenția trebuie făcută la timp; nu timpul de observare 5—10 zile ori radiosopia decide, ci starea generală a copilului și curba greutatei. Nu este permis să piardă copilul mai mult ca $\frac{1}{3}$ din greutatea anterioară (Constanta Quert). La intervenția (Weber-Romstedt) evitarea hemoragiei, prolapsului intestinelor; trebuie operat repede.

9. Aplasia și atreția căilor biliare: diagnosticul diferențial cu icterul noilor născuți. La diagnosticul stabilit: intervenția.

10. Invaginația intestinului: dela precocitatea intervenției depinde rezultatul. Terapia: intervenția, pe cât posibil fără rezecția intestinală (infaustă).

11. Apendicită: Diagnosticul diferențial cu peritonită pneumococică și colici ombilicale; la apendicită acută: intervenția, la apendicită recidivantă cronică: radiografia și eventual intervenția.

12. Peritonită pneumococică. Autorul preconizează intervenția nu numai în stadiul III. (stadiul abcedant), ci deja la începutul boalei: laparotomie și drenaj.

13. Peritonită tuberculoasă: tratament aproape numai conservator. Intervenția numai la abcse mari, incapsulate ori în caz de ileus.

14. Hernie inguinală: Intervenția în primele 3 luni ale vieții numai în cazuri urgente (strangulație, hernie considerabilă).

15. Hernie femorală și abdominală: rare, 1000 inguinale: 1 femorală.

16. Hydrocel: — al testicolului, al cordonului spermatic, bilocular. Dacă puncția rămâne fără rezultat intervenție metoda Winkelman.

17. Hernia combinată cu hydrocel.

18. Hernia umbilicală: la 1500 hernii umbilicale 1 strangulație. La sugaci tratamentul cu bucoplast. Dacă nu se închide și se mărește intervenția chirurgicală dar cu păstrarea umbilicului.

19. Prolaps anal și rectal: descrie etiologia prolapsului. Tratament: combaterea cauzelor și veriga de argint sec. Thiersch.

20. Criptorchidism: În cazuri cu retenție abdominală nu se intervine. În caz de retenție inguinală combinat cu hernie și dureri operația este indicată. Dacă complicațiile lipsec se poate amâna intervenția până la 6-lea an.

21. Hypo- și Epispadias: în 5—7-lea an intervenția plastică.

22. Fimoza.

23. Parafimoza.

24. Hemoangiome: excizia și sutura este metoda cu cele mai bune rezultate.

Capitolele suscitute sunt de mare utilitate pentru medicul de copii și chirurgul infantil, astfel studiul cărții este foarte recomandat.

Dr. Fabritius.

Problema cancerului și chirurgia practică. Prelegeri din chirurgia practică, 1942. Prof. Dr. Fritz König: (Krebsproblem und praktische Chirurgie. Vorträge aus der praktischen Chirurgie). 4. Heft. 1942 25. p Enke, Stuttgart. Prețul broșat 1,6 R. M.

În introducerea autorul amintește ideile pe care Virchow, acest maestru al anatomiei patologice le-a profesat, acum aproape 100 de ani.

Virchow era de părere că anume, cancerul este o boală locală. Focarul primitiv este autohton și începe prin un proces de degenerațiune celulară, metastazele regionale și îndepărtate fiind complexe celulare prin migrație.

Dar în decursul timpului medicinei au observat că, anume cancerul nu este numai o boală locală, deoarece dezvoltarea unui cancer localizat în anumite regiuni necesită nu numai o leziune primitivă locală ci și un deranjament generalizat, adică, că este necesară o predispoziție organică (Krebsbereitschaft). Fără intervenția unui deranjament al metabolismului general nu s'ar dezvolta cancerul. Predispoziția poate fi congenitală dar și câștigată, poate dispărea și reapare.

Această ipoteză explică multe din observațiunile clinice: cum ar fi cancerul juvenil, cancerul primitiv multilocular cu caractere istologice diferite; sunt forme ale cancerului malign cari totuși pot fi vindecate prin operație și sunt forme aparent benigne cari după intervenția operatorie se dezvoltă repede. Și se pot întâlni forme care cu toate că n'au fost operate radical după intervenție nu se mai dezvoltă ori numai foarte încet. Toate aceste fapte clinice nu pot fi explicate numai prin felul tehnicii operatorie. De sigur în organism există agenți de apărare (Schütz- und Abwehrstoffe), și ar fi de o importanță covârșitoare de a cunoaște metode pentru depistarea lor (Metoda Freund-Kaminer).

Bazându-ne pe aceste fapte furnizate prin cercetările experimentale și observațiunile clinice putem trage concluzia că tratamentul trebuie să fie de ordin local (intervenția chirurgicală) și general. Intervenția radicală este de cea mai mare importanță, dar nu ne poate scuti de eșecuri. De aceea trebuie aplicată și Radio- și radiumteropia, care influențează nu numai prin distrugerea locală a focarelor canceroase, dar și în general prin schimbarea metabolismului și astfel a dispoziției pro- și anticanceroase.

Dr. Fabritius.

Revista revistelor

INTERNE

Influența alimentației de război asupra diabetului zaharat. O relatare asupra rezultatelor unui dispensar antidiabetic în primul $1\frac{3}{4}$ ani de război. (Der Einfluss der Kriegsernährung auf den Diabetes mellitus. Ein Bericht über die Ergebnisse der ambulanten Diabetikerfürsorge in der ersten $1\frac{3}{4}$ Kriegsjahren). De K. Oberdisse și A. Fleckenstein. Dtsch. Med. Wschr. 1942, Nr. 29, pag. 417—21.

În baza materialului observat la dispensarul antidiabetic al clinice medicale din Würzburg se discută alimentația diabeticilor tratați în mod ambulant în timp de pace și de război.

O examinare rezumativă a metabolismului acestor bolnavi pentru primul an și 9 luni de război dă un tablou favorabil. Această evoluție favorabilă privește în primul rând cazurile ușoare de diabet, cari nu necesită insulină și cazurile mijlocii de diabet cu necesități reduse de insulină, cari constituiesc majoritatea cazurilor și cari în același timp sunt și cei mai în vârstă. În cazurile grave cei ameliorați și cei agravați sunt aproximativ egali.

Necesitatea de insulină se urcă în mod neînsemnat pe lângă toată creșterea administrării hidraților de carbon (aprox. 5,6%).

Drept cauză pentru această evoluție favorabilă vine în considerare pe lângă reducerea grăsimilor din alimentație și scăderea moderată a numărului total de calorii.

Astmul și histaminoterapie. (Asthme et Histaminotherapie). De A. Dudan. Schw. Med. Wschr. 1942, Nr. 30, pag. 821-24.

Mai bine înarmați pentru a șterge spinul tuberculos respirator, noi am fi mai puțin pentru a sustrage astmaticii esențiali dela multiplele alergene, adesea imponderabile, cari îi pândesc deja dela naștere. Noi am fi mai puțin mai ales pentru a încerca o corecție sensibilă a dispoziției lor constituționale, care interesează deja nevroza și automatismul reactiv. Histaminoterapia, suscitată prin descoperirile frumoase ale biologiștilor, a venit să umple, într-o anumită măsură, această infirmitate a vechii noastre terapeutici.

Proporțiuni ridicată (80%) de vindecări și ameliorări a astmaticilor constituționali prin histamină în ionizare constituie un progres remarcabil asupra terapeticelor precedente de desensibilizare utilizate în această formă clinică a astmului bronchial. Valoarea metodei este documentată încă prin rezultatele în astmul tuberculos, unde ea atinge în mod util desechilibrul neurovegetativ profund provocat încet prin somația toxică tuberculoasă.

Cauzele de eșec (20%) par a ține fie la un tratament prea scurt sau rău condus, fie la intricarea locală a maladiei astmatice prin infecțiuni grave asociate, prin nevrîtă a pneumogastricului și câteodată prin prezența factorilor disendocrinieni sau psihici, reclamând alte terapeutici apropiate.

Acidul ascorbic și glutatunul sangvin. (Askorbinsäure und Blutglutathion). De L. Gerda. Klin. Wschr. 1942, Nr. 21, pag. 478—79.

Acidul ascorbic exercită o acțiune manifestă asupra glutatunului sangvin, ceea ce se arată mai ales dacă se studiază comportarea fracțiunii oxidată. Aceasta intradevăd arată la normali o acțiune bifazică. Faza I-a sau faza de atac provoacă o scădere a glutatunului oxidat și a coțentului glutatunonic al sângelui, în timp ce faza II-a produce o urcare treptată a ambelor.

În stări patologice, cari arată o scădere a glutatunului oxidat în sânge, ca în Basedow, se prezintă în schimb numai faza a doua.

Asupra aplicării orale a priscolului în scop de diagnostic gastric. (Über die orale Verwendbarkeit des Friskol als Magendiagnostikum). De W. Thiele și W. Schümann. Klin. Wschr. 1942, Nr. 24, pag. 542—43.

Cu proba de beut cu priscol (o tabletă = 0,025 gr. la 300 cmc. apă distilată) se demonstrează în general valori de aciditate mai mari decât cu proba de cafeină. Cauza acestui fapt nu este numai excitația mai mare produsă cu priscol ci și faptul, că în cazul priscolului este vorba de o sare clorhidrică. Afară de aceasta în scopul acesta de a schimba aciditatea sunt potrivite și tabletele. Din aceste motive proba de beut cu priscol nu poate fi recomandată pentru diagnosticuri gastrice.

*

INFECȚIOASE

Câteva observațiuni asupra clinicei tifusului exantematic. (Einige Beobachtungen zur Klinik des Fleckfiebers). De Gerhart Liebau. Klin. Wschr. 1942, Nr. 22, pag. 500-502.

Infecțiozitatea tifusului exantematic pentru sănătoși este foarte mare și evoluția lui în cazurile observate de autor a fost în general gravă. Infecțiune directă dela om la om ar fi posibilă prin atingere cu sânge de bolnav. Într'un caz indiscutabil s'a putut stabili o incubatie de 5 zile. O Reacție Weil Felix la un litru de 1/200 sau chiar 1/400 nu demonstrează totdeauna existența unui tifus exantematic. Tifusul exantematic adesea produce în urină o precipitare coloidală de albumină. Controale regulate făcute prin electrocardiografe arată posibilitatea unor leziuni tardive asupra inimii. Consecința terapeutică de aci este, că timpul de convalescență al bolnavilor cu tifusul exantematic trebuie să fie mai lung, decât impresiunea clinică o arată în general.

Asupra modului de transmisiune a tifusului exantematic. (Zum Übertragungsmodus des Fleckfiebers). De W. Löffler și H. Mooser. Schw. Med. Wschr. 1942, Nr. 28, pag. 755—61.

Se descriu 6 cazuri de infecțiuni de laborator cu tifusul exantematic cu virus murin. În toate 6 cazurile se poate exclude o infecție percutană prin o rănire. Ca porți de intrare vin însă în considerare căile respiratorii, infecțiunea prin picături cu virusul dispersat în jurul bolnavului. În un caz aceasta a fost singura posibilitate de infecțiune. Bolnava n'a venit ea însăși niciodată în contact cu material infecțios. Ea a intrat numai o singură dată în loc, unde înainte să făcuse experiențe cu infecțiuni nasale. Se exprimă părerea că simptomele catarale din partea căilor respiratorii, chiar la începutul inbolnăvirii, constituiesc un simptom specific pentru poarta de intrare.

Vaccinări contra bolii nu prezervă sigur, totuși evoluția infecțiunii este mai ușoară în cazurile vaccinate. Trecerea prin boală prezervă în mod evident și contra infecțiunilor masive de laborator.

Având în vedere, că multe persoane dintre cele vaccinate s'au inbolnăvit totuși de tifus exantematic și având în vedere, că animalele imunizate pot fi infectate pe cale nazală, se recomandă echipelor de deparazitare, cari sunt expuse la infecțiuni masive, ca în afară de imunizare și de costume protectoare se poartă și măști de gaz.

Asupra importanței reacțiunii Widal pentru identificarea stărilor de infecție în epidemiile de dizenterie. (Über die Bedeutung der Widal-Reaktion für die Ermittlung des Durchseuchungsstandes bei Ruhrepidemien). De Walter Schäfer. Dt. Med. Wschr. 1942, Nr. 28, pag. 700—702.

Se descrie o epidemie de diareei, care a survenit într-o secție de 165 oameni. În 4 cazuri s'au putut pune în evidență la examenul bacteriologic al fecalelor bacilii dizenterici tip Flexner, examenul bacteriologic a celorlalte 25 cazuri a fost negativ. Prin reacția Widal s'a putut pune în evidență existența inbolnăvirii de dizenterie în alte 53 de cazuri și o infecție cu bacili dizenterici

la alte 28—30 cazuri, cari nu prezentau simptome clinice, însă cari prezentau o aglutinare pozitivă la un titru însemnat. Se insistă asupra importanței faptului, că în timpul unei epidemii de dizenterie trebuie avut în vedere, că un mare număr al indivizilor cu sănătate aparentă, în cazul autorului 25—30%, în realitate sunt infectați. Aceștia în parte pot fi depistați cu ajutorul reacției.

Dr. I. G.

*

DERMATO-VENEROLOGIE

(Spitalul de boli sociale - Brașov).

Pielea sub acțiunea razelor solare și a luminei. ("Die Haut unter der Einwirkung der Sonnen- und Himmelstrahlung"). De H. Koehler. Therapie der Gegenwart April 1942, 4 Heft, p. 138.

Autorul subliniază credința pe care o au laicii în privința „bronzării” pielii după expunerea la soare, fapt care duce la abuzuri din partea acestora. De asemenea autorul combate ideea că pielea ar reprezenta doar un simplu înveliș exterior al organismului și subliniază funcțiile multiple pe care pielea le manifestă în realitate pentru menținerea unei sănătăți perfecte a organismului. Una din proprietățile cele mai însemnate ale pielii, este de a transforma într-o energie cu importanță biologică razele solare. În ceea ce privește razele solare, cele roșii exercită o acțiune de profunzime mai mare, decât cele ultraviolete. Pielea reacționează la căldura produsă de razele solare prin mărirea debitului sanguin al suprafeței. Expunerea timp prea îndelungat la soare, poate avea astfel o acțiune nefastă asupra celorlalte organe interne, datorită stazei produse la nivelul pielii. Un lucru este cert, că lumina zilei (Himmelstrahlung) conține mai multe raze de lungime scurtă decât cea solară. Lungimea cu acțiune terapeutică mai intensă este de considerat cea de 289—320 mμ (Dornstrahlung). Absorbția în parte a razelor în ultraviolete este datorită ozonului dela marile înălțimi. Ultravioletele A (320—400 mμ) de care sunt legate razele solare, nu are importanță practică a ultravioletelor B.

Intensitatea razelor ultraviolete variază după anotimp, înălțimea dela nivelul mării, distanța de soare, grosimea stratului de aer, nori, vapori de apă, praf etc. Maximumul de raze ultraviolete îl manifestă razele solare în cursul lunii Iunie. Începând cu Iulie ele descresc atingând minimumul în Decembrie. Acțiunea de profunzime a RUV este redusă. La nivelul suprafeței pielii produc eritemul de lumină și pigmentația, care ar reprezenta o reacție de apărare contra acțiunii de profunzime a razelor calorice. Acest pigment „apărător” lipsește de cele mai multeori la cei blonzi RUV exercită o acțiune de intensificare a funcțiilor gl. sudoripare și sebacee. Alte acțiuni se îndreaptă asupra presiunii sang., a hemoglobinei, a metab. albuminelor și purinelor etc. Aceste acțiuni stau deci la baza helioterapiei.

Expunerea îndelungată la soare poate avea repercusiuni îngrijorătoare în cazul unui organism bolnav. Astfel o tuberculoză pulmonară se poate reactiva, ulcerul gastric intră într-o perioadă dureroasă, cei suferinzi de boala lui Basedow manifestă reacțiuni vasculare intense. Toate acestea se explică prin punerea în libertate la nivelul pielii a histaminei.

În privința sensibilității față de lumina solară, autorul amintește: xeroderma pigmentosum, eczema, hidroa-vacciniformă, pruritul estival și urticaria solară. Această sensibilizare a pielii față de lumină s'ar explica prin formarea unor subst. sensibilizatoare în interiorul organismului. O astfel de sensibilizare se poate observa în urma introducerii percutate (exogene) a unor subst. vegetale cum ar fi de ex. ficus-ul, haracleum, sau a oleurilor minerale. O sensibilizare a pielii la lumină, sub forma apariției dermatozelor pruriginoase se poate observa și după ingerarea de barbiturice (luminal). În clasa dermatozelor fotosensibilizante alimentare, autorul amintește pelagra. Se presupune o vitaminoză

B₂. În etiologia melanozei Riehl au fost incriminate oleurile minerale introduse în alimentație (războiul din 1917—18). O sensibilizare accentuată a pielii față de lumină se poate observa în Basedow. În ceea ce privește rolul ovarului, autorul menționează eritemele din timpul menstruației și gravidității. Janson dăorește sensibilizarea pielii la lumină catalizatorilor metabolici, porfirinei și melaninei. Alți autori susțin că sensibilizarea apare numai atunci dacă pielea este expusă unor lungimi de unde care se suprapun cadrului de acțiune al sensibilizatorilor. Bolnavii suferinzi de hidroa-vacc. sunt sensibili de ex. la razele cu o lungime scurtă.

Încercarea de a desensibiliza pielea față de lumină prin adm. de resorcină nu a dus la rezultate. Substanțele ce trebuiesc utilizate pentru apărarea pielii trebuie să manifeste pe lângă o concentrație redusă o absorbție selectivă față de razele solare, sau să prezinte o acțiune puternică de reflectare a razelor. Pielea nu are voie să fie iritată, iar secreția sudorală să nu fie împiedată. Autorul recomandă pe lângă preparatele orig. (Zeozon, Deliol, Matton) care sunt foarte scumpe, o pastă zincată cu bismut (Zink Oxyd. 4. o, Bismut subnit. 8. o, Ung. Leniens, Eucerină aa ad 100 o.). A mai fost recomandat Ungv. Glicerinat cu 3% acig tanic. Printre preparatele lichide s'a adevărit eficace spirtul taninic de 10%.

Dr. Emil I. Bologa

Tratamentul rapid al vulvo-vaginitei și oftalmiei gonococice cu Eleudron. De Dr. E. Colbazi Rom. Med. 1941, Nr. 20

Autorul amintește în introducere dificultatea pe care o întâmpina medicul practician în tratamentul vulvovaginitei gonococice, cu mijloacele de care dispuneam până la descoperirea preparatelor sulfamidice. Experimentând Eleudron-ul pe un număr destul de mare de cazuri, atât pe bolnavi spitalizați cât și în clientela particulară autorul expune în articolul de față modul de aplicare al tratamentului, demonstrând eficacitatea prin expunerea unor cazuri tipice.

Autorul a utilizat la copiii suferinzi, jumătatea dozei aplicate la adult adică dimineața 1½, la amiază 2, seara 1½ tablete, imediat după mâncare. Local picături în ochi cu o suspensiune apoasă de Eleudron 10% din oră în oră. Medicamentul a fost perfect tolerat. Nu au fost observate la copii nici erupțiuni cutanate nici alte turburări. Gonococii au dispărut după 24—48 de ore și după câteva zile au putut părăsi spitalul.

Autorul încheie lucrarea proclamând Eleudronul ca cea mai mare descoperire în specialitate dela Salvarsan încoace, recomandând introducerea lui la dispensare, C.F.R., Asigurările sociale cât și la medicii de circumscripție, astfel putându-se lupta contra blenoragiei, cel mai important factor de depopulare al națiunii.

Dr. Emil I. Bologa

Tratamentul conjunctivitei gonococice la nou născut. (Der dertzeitige Stand der Behandlung der gonoblenorrhoe der Neugeborenen). De Prof. Pillat (Therapie der gegenwart 1942, Mai, H. 5).

Autorul distinge 3 perioade în tratamentul conjunctivitei gonococice: 1. perioada tratamentului local. Spălături (cu acid boric 1—2%, hipermanganat de K. 1:5000—1:10.000, Rivanol, Tripaflavin etc.), comprese calde loțiuni cu nitrat de Ag. 2% (Protargol, Argyrol, Syrol). 2. Muller introduce în 1916 injecțiile cu lapte în tratamentul acestei oftalmii. Imediat fabricile au lucrat preparate similare acțiunii laptelui: Aolan, Kosersan, Oftalmosan, Jatren, etc. De aci s'a trecut la administrarea vaccinilor cele mai diferite (Arthigon, vaccin antigonococic, Stomasin etc.). 3. Perioada a treia este reprezentată de sulfamide introduse în anul 1938 în terapia conjunctivitei blenoragice. Preparatele utilizate au fost: Prontosil, Albucid, Uliron, Cibazol, Eubasin, Eleudron, Dagenan, Romin, Streptoplix, Dyseptil, etc. Gonococii dispar după 2—6 zile. Relativ la administrare, autorii americani recomandă a se da bi-

carbonat de Na, pentru înlăturarea acidozei. Diferiți autori au observat după administrarea sulfamidelor, vărsături, eriteme, leucopenie, cianoză, febră. Autorul aplică local sol. de Albucid și ne dă schema tratamentului:

1. Diagnostic sigur bacteriologic.
2. Spălături cu sol. ser fiziologic din sfert în sfert de oră.
3. Tot la o $\frac{1}{2}$ oră instilează 5 pic. dintr'o sol. 15% Albucid, masând pleoapele după aceea.
4. În ziua a patra de tratament instilează Albucidul tot la 2 ore.
5. În ziua a cincia instilează din oră în oră peste zi și din 3 în 5 ore peste noapte.

Dacă după 48 ore nu au dispărut gonococii, injectează în zilele următoare (2 zile) lapte de vacă. Autorul administrează zilnic mamei care alăptează 3 ori 15 pic. Vogan pentru a stimula refacerea epitelului conjunctival. În timpul din urmă administrează copiilor Albucid și per os, una tabl. zilnic împărțită în 4 doze. Relativ la aplicarea aceluiași tratament la adult încă nu sunt date precise.

În legătură cu articolul acesta ținem să precizăm din nou tratamentul aplicat de noi: la copii între 2—5 ani am administrat 5 pastile Eleudron pe zi ($\frac{1}{2}$ din doza pentru adult), $1\frac{1}{2}$ dimineața, 2 la amiază și $1\frac{1}{2}$ seara, după mâncare. La copii mai mici doza de $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$. În niciunul din cazuri nu am observat nici cel mai mic semn de intoleranță. Local s'a instilat în sacul conjunctival câteva picături dintr'o sol. de Eleudron (suspensie apoasă) la fiecare oră numai peste zi. Rezultatele au fost admirabile, gonococii dispărând peste 24—48 ore.

Dr. Emil I. Bologa.

*

STOMATOLOGIE

Un caz de plagă maxilo-facială de războiu, cu distrugerea întinsă a mandibulei tratată prin plastie osoasă, cu considerațiuni asupra imobilizării în fracturile maxilo-faciale. De Dr. Eug. V. Coreleac, medic secundar. Revista Română de Stomatologie. Nr. 2, Martie—Aprilie 1942, pag. 23.

Unui soldat ca e prezenta o distrugere masivă a mandibulei cu edentație întinsă (completă de stânga, parțială de dreapta), i se imobilizează, endobucal prin două sârme, fragmentul rămas de mandibulă, se tratează plaga conservator, iar după două luni, când

focarul de fractură e într'o măsură consolidat, se execută o plastie osoasă folosindu-se un grefon costal și se aplică un bandaj gipsat submentonier. Mai târziu se aplică o proteză dentară fixă. Clișeele prezentate de autor sunt dovezi elocvente asupra rezultatelor frumoase obținute în acest interesant caz de chirurgie maxilară.

Autorul completează expunerea acestui caz prin câteva considerațiuni asupra condițiilor speciale care se impun stomatologiei operatorii în timp de războiu, în cazurile de traumatisme maxilo-faciale.

Lupta contra infecțiunii bucale de Dr. Ștefan Țiculescu. Revista Română de Stomatologie. Nr. 2, Martie—Aprilie 1942, pag. 26.

În lupta contra infecțiunii bucale, o igienă bucală riguroasă strict necesară; dar nu atât prin mijloace antiseptice, cât prin mijloace care răspund bazelor biologice ale luptei mucoasei bucalei contra florei microbiene și a altor factori nocivi.

Problema e dezbătută sub aspectul ei teoretic; de utilitate mult mai mare atât pentru medicul practician cât și pentru pacientul său ar fi fost considerațiunile de ordin practic.

Dr. T. Pascuovici.

Terapeutică dentară și grupul sulfamidelor de Dr. Ștefan Țiculescu. (Comunicare la Societatea Română de Stomatologie. 8 Martie 1942). Revista Română de Stomatologie. Nr. 2, Martie—Aprilie 1942, pag. 41.

După câteva considerațiuni sumare asupra terapiei sulfamidice autorul prezintă rezultatele obținute în câteva cazuri de infecțiuni dentare cu unele sulfamide și dă însemnate sugestii în ceea ce privește tratamentul altor infecțiuni dentare.

Un inserat număr de cazuri de artrite dentare acute și cronice și de abcese dentare incipiente reacționează foarte bine la Uliron și Eleudron. Un caz de artrită dentară traumatică, în urma unei proteze defectuoase, nu reacționează. Procesele pioreice și paradentozele reacționează slab.

Ulironul și Eleudronul se administrează pe cale bucală: 6 tabl. pe zi timp de 4 zile, 6 tabl. timp de 6 zile, 4 tabl. pe zi timp de 10 zile sau 12 zile. Autorul mai sugerează medicația locală: masaj, băi prelungite cu sulfamide și totodată o medicație preventivă cu sulfamide înaintea intervențiilor stomatologice.

Dr. A. Beldean.

Note și informațiuni

Decrete — Deciziuni

În Monitorul Oficial Nr. 167 din 21 Iulie 1922, Min. M. S. O. S. publică deciziunea Nr. 32.008 prin care se ratifică rezultatul examenelor de clasificare pentru medicii primari de specialitate, ținute în sesiunea Iulie 1942, oupă cum urmează:

Specialitatea medicină internă

1. Dr. Podeanu-Păunescu Aureliu, medla generală 19,87. 2. Dr. Constantinescu Petre 19,12. 3. Dr. Postelnicescu Caramzulescu S. 17,93. 4. Dr. Florescu Paul 17,68. 5. Dr. Dumitrescu Dumitru 17,25. 6. Dr. Bucur Vlorel 17,06. 7. Dr. Stroescu Venerlu 16,37. 8. Dr. Zloțescu Adrian 16.

Specialitatea pediatrie și puericultură

1. Dr. Poenaru-Chiriceanu Florica, medla generală 18,87. 2. Dr. Petrescu C. Vasile 18,75. 3. Dr. Petrescu Ion 19,06. 4. Dr. Mihalca Eugenia 17,87. 5. Dr. Manu Augustin 17,75. 6. Dr. Sureanu Traian 17,50. 7. Dr. Medeașan Filon 17,37. 8. Dr. Muțlu Alexandru 17,37. 9. Dr. Adam Ion 17,15.

Specialitatea dermato-venerice

1. Dr. Lucescu Jack, medla generală 18. 2. Dr. Păcescu Nicolae 17,65.

Specialitatea boli contagioase

1. Dr. Balș Gherghhe Matel, medla generală 19,25. 2. Dr. Constantinescu St. Gh. 18,25. 3. Dr. Stănescu R. Teodor 17,25. 4. Dr. Mlcu Ilie, 17.

Specialitatea tuberculoză

1. Dr. Bălcoianu Sergiu, media generală 18,12.
2. Dr. Rusu Sextil Viorel 18,12.
3. Dr. Caba Emil 17.
4. Dr. Cipău Tiberiu 16,37.
- Dr. Constantinescu Ovidiu 15,85.

Specialitatea chirurgie generală

1. Dr. Chișail Gh., media generală 20.
2. Dr. Porumbaru Ion 10,25.
3. Dr. Podeanu Gh. 18,93.
4. Dr. Popescu Mari 18,50.
5. Dr. Săbăllă Th. Ilie 18,50.
6. Dr. Hodoș Nicolae 17,87.
7. Dr. Frâncu Nicolae 17,87.
8. Dr. Țurăi Ion 17,75.
9. Dr. Țuchel Vasile 17,62.
10. Dr. Teodorescu Dem. 17,50.
11. Dr. Porumbaru Eugen 17,50.
12. Dr. Tomoiu Gh. 16,62.
13. Dr. Dimitriu Achille Nic. 16,50.
14. Dr. Corneleac Eugen 16,12.
15. Dr. Păunel Nicolae 16,12.
16. Dr. Aldea Scaevola 15,62.
17. Dr. Popov Cristu 15,50.
18. Dr. Lupu Emil 15,43.
19. Dr. Pană Teodoru Isaac Mihailade 15,37.
20. Dr. Arsenie Valeriu 15,25.
21. Dr. Tănăsescu Ion 15,12.
22. Dr. Rădulescu Mihail 15,06.

Specialitatea obstetrică-ginecologie

1. Dr. Dumitrescu Gh., media generală 19.
2. Dr. Gheorghiu Nicolae 17,50.
3. Dr. Komorovshi Traian 17,12.
4. Dr. Nicolau C-tin 16,50.
5. Dr. Nițescu Radian 16,62.
6. Dr. Țapov Dumitru 16,50.
7. Dr. Tomoșolu Petre 15,12.
8. Dr. Florian Elisabeta 15.

Specialitatea stomatologie

1. Dr. Ionescu Victor, media generală 17,25.
2. Dr. Deșliu Gh. 15,50.
3. Dr. Negoescu Dumitru 15,25.

Specialitatea oftalmologie

1. Dr. Lăzărescu D-tru, media generală 19,50.
2. Dr. Neșțianu Simion 17,75.
3. Dr. Săbădeanu Vasile 17,75.
4. Dr. Iliescu M. Gh., 17,25.
5. Dr. Paralan C-tin 16,75.
6. Dr. Burcuș C-tin 16,50.

Specialitatea urologie

1. Dr. Olănescu Gheorghe, media generală 19,50.
2. Dr. Bratu Ion 18,81.
3. Dr. Petrescu Valeriu 18,31.

Specialitatea oto-rino-laringologie

1. Dr. Ghimpeșeanu Mihail, media generală 17,50.
2. Dr. Gheorghe Ionel 17,25.
3. Dr. Mițescu Alexandru 17.

Specialitatea radiologie

1. Dr. Teodorescu M. C-tin, media generală 18.
2. Dr. Bârsan Aurel 17.

Candidații menționați în tabloul de clasificare de mai sus, au drept să solicite locurile vacante în specialitatea pentru care au dat examen, timp de 2 ani, soțiți del publicarea prezantel deciziunl.

In Monitorul Oficial Nr. 176 din 31 Iulie 1942, prin decretul Nr. 2187, d-l Dr. Liviu Câmpeanu medic primar chirurg definitiv la Spitalul „Gh. Mârzescu” din Brașov se transferă definitiv la Serviciul medical al Prefecturii Poliției Capitalei, ca medic primar de chirurgie.

D-l Dr. Györffy Béla medic definitiv al circ. Rașoul de jos, jud. Târnava Mare, se transferă în interes de serviciu la circ. Dumitresți, jud. Olt, în aceeași calitate.

D-l Dr. Vasilescu Haralambie, medic primar psihiatru definitiv, la Ambulatorul Policlinic din Sibiu, se încadrează în aceeași calitate, ca medic primar de psihiatrie la Ospiciul de cronici mintali „Râul Vadului” jud. Sibiu, unde l s'a trecut postul, prin bugetul exercițiului 1942/1943.

In Monitorul Oficial Nr. 179 din 4 August 1942, Mln. C. N. și C., prin decizia ministerială Nr. 151.586 din 1942, d-l Dr. Octavian Pop, preparator suplinitor la Clinica Infanțilă dela Facultatea de medicină din Sibiu, se confirmă cu titlul provizoriu, pe data de 23 Mai 1942, în postul ce ocupă, în conformitate cu dispozițiunile art. 142 din legea învățământului superior.

Prin decizia ministerială Nr. 151.589 din 1942, d-l Dr. Ovidiu Munteanu, preparator la Facultatea de medicină din Sibiu, se transferă, pe data de 1 August 1942, dela Clinica balneologică și dietetică, la Clinica II medicală, în postul similar, rămas vacant prin demisia l-lui Dr. Iancovici Gheorghe.

M. C. N. și C. în Mon. Of. Nr. 181 din 6 August 1942 publică deciziunea Nr. 147.949 din 1942, d-l Dr. Virgil Zigura, asistent suplinitor la Clinica balneologică și dietetică dela Facultatea de medicină din București, a fost confirmat cu titlu provizoriu pe data de 23 Mai 1942, în postul ce ocupă.

Iar cu decizia Nr. 150.075 din 1942, d-l Dr. Chișlea Gheorghe, asistent radiolog suplinitor la Clinica chirurgicală dela Facultatea de medicină din Iași, a fost confirmat cu titlu provizoriu pe data de 23 Mai 1942, în postul ce ocupă.

M. C. N. și C. Mon. Of. Nr. 184/1942, prin Dec. Nr. 147.942/1942 d-na Dr. Nicolia Oprescu Lelescu, asistentă suplinitoare la Institutul Medico-Legal dela Facultatea de Medicină din Sibiu, a fost confirmată cu titlu provizoriu pe data de 23 Mai 1942, în postul ce ocupă.

In Monitorul Oficial Nr. 176 din 30 Iulie 1942, M. A. N. publică decretul-lege Nr. 2095 pentru încorporarea medicilor și farmaciștilor din contingentul 1943.

In Monitorul Oficial Nr. 175 din 30 Iulie 1942, s'a publicat de către M. C. M. și C. Legea Nr. 560, pentru suspendarea, pe toată durata războiului, a obli-

gativității susținerii tezel, în vederea obținerii titlului de doctor în medicină și chirurgie și de doctor în medicină veterinară.

M. M. S. O. S. Mon. Of. Nr. 183 din 8 August 1942, Decizlunea Nr. 795.

Art. 1. Indemnitatea de 4000 Lei lunar prevăzută la art. 2 și 3 jurnalul Cons. Mln. 1353/1941, se poate acorda și medicilor de laborator și din alte instituții sau servicii sanitare din regiunile țării cu un nivel economic și social scăzut, pt. activitatea ce depun în interesul sănătății publice în cele mai dificile condiții.

Art. 2. Indemnitatea dela art. 1 se acordă cu începere dela 1 VI 1942, în condițiile jurn. Cons. Mln. Nr. 1353 din 1941, în limita cotei de 30 la sută din totalul pe țară.

Medicii cărora li se poate acorda indemnitatea de activitate prevăzută de prezentul jurnal, nu vor putea primi această indemnitate decât o singură dată lunar, chiar dacă funcționează și la serviciile vizate de jurnalul Consiliului de Miniștri Nr. 1353/1941, sau la două sau mai multe servicii prevăzute în acest jurnal.

Posturi vacante

În Monitorul Oficial Nr. 176 din 31 Iulie 1942 Mln. M. S. O. S. Facultatea de medicină Cluj-Sibiu

În baza avizului Consiliului Facultății de medicină din ședința dela 30 Iunie 1942 și potrivit dispozițiilor art. 71, art. 72, art. 73 și art. 78 din Decretul-lege, relativ la organizarea învățământului superior, se publică vacanță pentru ocuparea prin concurs, a următoarelor posturi de personal didactic ajutător:

1. Institutul de fiziologie: Un post de asistent.
2. Institutul de anatomie patologică: Un post de asistent, un post de preparator.
3. Laboratorul de bacteriologie: Un post de preparator.
4. Institutul de biochimie: Un post de preparator.
5. Laboratorul de chimie medicală: Un post de șef de lucrări, două posturi de asistent.
6. Clinica medicală I: Un post de preparator.
7. Clinica medicală II: Un post de asistent, un post de preparator.

8. Clinica ginecologică și obstetricală: Un post de preparator.

9. Clinica dermato-sifilografică: Un post de preparator.

10. Clinica oftalmologică: Un post de preparator.

11. Institutul de medicină legală: Un post de șef de lucrări.

12. Farmacia clinicelor universitare: Un post de asistent.

Cererile de înscriere la concurs se vor înainta Decanatului Facultății de Medicină Sibiu, în termen de 20 zile, cu începere dela data apariției prezentei publicații în Monitorul Oficial.

Condițiile de înscriere și normele după care se va ține concursul, sunt cele prevăzute în art. 72, art. 73 și art. 78 din lege.

Odată cu cererea de înscriere la concurs se vor înainta și actele cerute pentru numiri în funcțiuni publice.

M. M. S. O. S. în Mon. Of. Nr. 181 din 6 August 1942, publică vacant postul de medic primar al secției de medicină internă dela spitalul din Huși și postul de medic al spitalului cu circ. urbană Buhuși, jud. Neamț. Cererile de transferare sau numire se vor înainta ministerului Dir. Personalului în termen de 20 zile dela inserarea prezentei publicații în Mon. Of.

A reapărut „Buletinul Institutului Antitricic Central Dr. Victor Babeș” sub direcția domnului Dr. Dimitrie Ionescu, Directorul Institutului Antitricic.

La începutul buletinului domnul director D. Ionescu aduce un omagiu profesorului Victor Babeș, evocând memoria acestui mare maestru.

Scopul buletinului este fixat de către directorul său în cuvintele următoare: „În această publicație oficială a Institutului nostru se vor tipări dărl de seamă de activitate, date documentare asupra turbării la om și animale, data statistice destul de impresionante asupra acestei boli sociale și se vor indica mijloacele de combatere și profilaxie pe teren, cu speranța că acțiunea și munca noastră entuzlastă va fi apreciată și sprijinită, iar indicațiunile noastre vor fi ascultate și urmărite în interesul general al sănătății poporului nostru”.

Bibliografie

din sumarul revistelor streine primite la redacție

Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 28 vom 10. Juli, 1942.

Zur Differentialdiagnose der fieberhaften Erkrankungen: Holler.
Über die Bedeutung der Widal-Reaktion für die Ermittlung des Durchseuchungsstandes bei Ruhrepidemien: Schäfer.
Zur Frage des Einflusses des Hypophysenvorderlappensextraktes

auf den Prothrombinspiegel bei Kaninchen: Adams.
Die Disposition der Kinder der beiden ersten Lebensjahre zu Lungenerkrankungen: Czerny †.
Bericht über die Roentgenreihenuntersuchung des weiblichen Anteiles des Jahrganges 1923 der Wiener Wohnbevölkerung: Krist.

Nr. 29 vom 17. Juli, 1942.

Der Einfluss der Kriegsernährung auf den Diabetes mellitus
Ein Bericht über die Ergebnisse der ambulanten Diabetiker-
fürsorge in den ersten 1,3/4 Kriegsjahren: Oberdisse und
Fleckenstein.
Fehldiagnosen bei Nebenschilddrüseninsuffizienz: Holtz
Zur Differentialdiagnose der fieberhaften Erkrankungen: Holler.

Nr. 30 vom 24. Juli, 1942.

Geschlechtliche Konstitution und geschlechtliches Hormon-
system: Seitz
Zur Differentialdiagnose der fieberhaften Erkrankungen: Holler.
Die Exsudative Diathese bei Kindern des Säuglingsalters:
Czerny †.

Nr. 31 vom 31. Juli, 1942.

Gestaltung und Aufgaben der Gesundheitsführung im Säuglings-
alter: Catel.
Beitrag zur Theorie und Praxis der dentalen Herdinfektion:
Rheinwald.
Die Silikose in der Holzbearbeitung: Ibeling.
Ileus durch intraperitonealen Abszess als Scharlachkompli-
kation: Wschulewski.
Für und wider die Arznei: Glatzel.

Nr. 32 vom 7. August, 1942.

Amblyopiebehandlung als Aufgabe der Gesundheitsführung:
Mielke.
Zur Frage der Verwendung von Konservenblut in der Klinik:
Hötzl.
Neuere Ergebnisse und Probleme in der Untersuchung der
Virusarten: Schramm
Die Schulüberbürdung: Czerny †.
Gestaltung und Aufgaben der Gesundheitsführung im Säuglings-
alter: Catel.
Neuere Arbeiten zur Frage des Vitamin C-Bedarfs: Schroeder.

Wiener Medizinische Wochenschrift, Nr. 29 vom 18. Juli, 1942.

Über einen seltenen Fall von endocranieller metastatischer
Streptothrixinfektion, ausgehend von Brochiectasien nach
Thorakoplastik: Dr. J. Patsch.
Das rheumalgische Krankheitsgeschehen: Dr. W. Kempf.

Nr. 30 vom 25. Juli, 1942.

Wie werden Kriegs- und Friedensverletzungen nachbehandelt?:
Dr. W. Ehalt.
Beiträge zu den Fragen der modernen Pneumonietherapie:
Dr. K. Klimesch

Nr. 31 vom 1. August, 1942.

Der vaginale Fluor und seine Therapie: Prof. Dr. A. I. Amreich
Beiträge zu den Fragen der modernen Pneumonietherapie:
Dr. Klimesch.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Nr. 28 vom 11. Juli, 1942.

Ermüdung und Krankheit: R. Staehelin.
Zum Übertragungsmodus des Fleckfiebers: W. Löffler und H.
Mooser.
Zur Frage der Neurotoxischen Wirkung der Salfanilamidde-
rivat: Lajos Puhr.
Beeinflussung der Bakterienatmung durch Sulfahiazol: W. Frei.
Über die Wirkung der Roentgenstrahlen auf den Rattenhoden:
H. von Wattenwyl.
Wetter und Krankheiten: B. J. van der Kley.
Anorexien par hypovitaminosen B.: J. Grosgrün.
Über die Behandlung der Addison'schen Krankheit mit Per-
corten-Linguetten: A. Saurer, H. Tobler, W. Lieberherr.
Zur Psychologie der Entstehung und Wirkung der Tradition:
W. Sieben.
Der Apotheker als Kurpfuscher: E. Gubler.

Nr. 29 vom 18. Juli, 1942.

Der heutige Stand der Thoraxchirurgie: A. Brunner.
Die flüchtigen Lungeninfiltrate: R. Staehelin.
Über Hormongleichgewichte: I. Abelin.
Prostigmin bei Ohrensausen: F. Ysander.
Die intracutane Naht: R. v. Fellenberg.
Veränderungen der Hypophyse nach Roentgenbestrahlung der
Hoden: C. A. Joël.
Quelques recherches au sujet de la vitamine C.: Pierre Barrelet.

Nr. 30 vom 25. Juli, 1942.

Wie behandelt man die Dymenorrhoe und ihre Ursachen?:
Prof. A. Labhardt
Das eosinophile Lungeninfiltrat: H. v. Meyenburg.
Über die Stimme und Sprache der Kretinen: Dr. R. Luchsinger.
Beziehungen zwischen Zuckerresorption und Phosphat-Stoff-
wechsel: L. Laszt und L. Dalla Torre.
Die Beeinflussung des Keuchhustens durch Höhenflug und
Unterdruckkammer: P. Lauener und E. Maeder.
Asthme et Histaminotherapie: A. Dudan.

Nr. 31 vom 1. August, 1942.

Über Wesen und Behandlung des Bronchialasthmas: O. Müller.
Considerations sur un cas d'état bacillaire chronique. Quelle
est la place de cette maladie dans la nosologie tuberculeuse?:
R. Burnand
Seltene Roentgenbefunde im Gebiete des Verdauungstraktes:
Hanspeter Gysin.
Hystagmus als rezessiv-geschlechtsgebundenes Merkmal in vier
Generationen: O. Käser.

Wiener Klinische Wochenschrift, Nr. 27 vom 3. Juli, 1942.

Aufzucht und Erziehung unserer Kinder: F. Hamburger.
Welche Möglichkeiten der chirurgischen Therapie der Lungen-
tuberkulose bestehen derzeit?: W. Denk.
Die anatomischen und pathologisch-anatomischen Grundlagen
des Hilusbildes: H. Chiari.
Die bevölkerungspolitische Lage des Deutschen Reiches seit
der nationalsozialistischen Machtergreifung: H. O. Loos.

Nr. 28 vom 10. Juli, 1942.

Frauenarbeit und Muttertum: Lampert.
Über die Zeiterregbarkeit des Muskels: Holzer.
Welche Möglichkeiten der operativen Therapie der Lungen-
tuberkulose bestehen heute?: W. Neumann.

Nr. 29 vom 17. Juli, 1942.

Die Hebamme vom heute: Stähle.
Das Versagen des Lungenkreislaufes als besonderes Problem:
Duancic.
Welche Möglichkeiten der operativen Therapie der Lungen-
tuberkulose bestehen heute? Wie können sie aktiviert
werden?: E. Kux.
Über die Zeiterregbarkeit des Muskels: W. Holzer.

Nr. 30 vom 24. Juli, 1942.

Der Kinderfuss: M. Hackenbroch.
Zur Abortusfrage: A. Kotek.
Die Hämatologie der Kala-Azar der Erwachsenen: Péláez
Redondo.
Spastische Obstipation und Coliurie: H. F. Piper.

Nr. 31 vom 31. Juli, 1942.

Über die Behandlung der Erfrierungen: J. F. Vidal.
Tuberkulose und Schwangerschaft: W. Eckhart.
Zur Behandlung einiger Viruskrankheiten mit Atebrin: V.
Duancic.
Wie erhalte ich mein Instrumentarium lange Zeit gebrauchsfähig?: E. Bolland.

Nr. 32 vom 7. August, 1942.

Tuberkulose und Blutdruck: J. Patsch.
Zur heutigen Auffassung von der Aetiologie der Wehen-
schwäche und den Möglichkeiten ihrer Behandlung: H.
Rauscher.
Zur Roentgenbehandlung periartikulärer Entzündungen: Ca-
nigiani

Hippokrates, Nr. 28 vom 9. Juli, 1942.

Über Herz- und Kreislaufstörungen und ihre Therapie: Behr.
Zur Wiederbelebung bei Ertrinkungen: Kersting.

Nr. 29 vom 16. Juli, 1942.

Über Herz- und Kreislaufstörungen und ihre Therapie: Behr.
Über die volksgesundheitliche Bedeutung und die therapeu-
tischen Möglichkeiten der Anwendung des Saunabades: Fey.

Nr. 30 vom 23. Juli, 1942.

Chemotherapie der eitrigen Bindehautentzündungen: Kadlicky.
Rechtzeitige Aufdeckung der Nierentuberkulose: Sickinger.

Nr. 31 vom 30. Juli, 1942.

Die Überwachung des Krankheitsgeschehen bei der ambu-
lanten Pneumothoraxbehandlung: Beekmann.

Über Staublungenerkrankungen: Koelsch.

Über die volksgesundheitliche Bedeutung und die therapeutischen Möglichkeiten der Anwendung des Saunabades: Fey

Der Landarzt Nr. 28 vom 8. Juli, 1942

Die deutschen Mineralquellen: Willi Weitzel.

Über die Einsticktechnik bei der Lokalanästhesie zur Zahnextraktion: J. Wianden.

Nachtrag zu einem Manuskript „Grossaktion der Gauleitung Ostpreußen usw.“: R. Gutzeit.

Nr. 29 vom 15. Juli, 1942.

Der jetzige Stand der Ameisensäuretherapie: E. Haehl.

Die deutschen Mineralquellen: W. Weitzel.

Nr. 30 vom 22. Juli, 1942.

Der jetzige Stand der Ameisensäuretherapie: E. Haehl.

Nr. 31 vom 29. Juli, 1942.

Intermittierendes Hinken und seine Therapie: Val. Behr.

Der jetzige Stand der Ameisensäuretherapie (Schluss): E. Haehl.

Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung, Nr. 14 vom 15. Juli, 1942.

Die toxische Diphtherie: J. Schröder.

Erfahrungen mit einem neuen Antirachiticum: F. Serrig.

Die tiefen Panaritien der Hand: R. Goldhahn.

Nr. 15 vom 1. August, 1942.

Die Bedeutung der Vitamine des B-Komplexes für die Aufbau von Fermentsystemen: F. Steigerwald.

Der gegenwärtige Stand der Bronchiektasenbehandlung: B. Keseling.

Bemerkungen über Leistenbruchoperationen: A. Vogl.

Pagetsche Erkrankung: G. Stümpeke

Folia Therapeutica, Heft 7. Juli 1942.

Klinische Wochenschrift, Nr. 21 vom 23. Mai, 1942.

Die Bedeutung des nh-Zellsystems: P. Sunder-Plassmann.

Über die Natur und Wirkung von syntetisch hergestellten „Hormonantigenen“: S. Went.

Der Einfluss der Nebennierenextirpation auf die Indolresorption und die Indicanbildung in Dünndarm der Ratte: H. Nicolai.

Ascorbinsäure und Blutglutatin: L. Gedda.

Mesenchym: K. H. Büsing.

Zur Technik der bakteriologischen Diphtherieuntersuchung: H. Hölzl.

Nr. 22 vom 30. Mai, 1942.

Zur Kenntnis der Mitralstenose: E. Edens

Über den Vitamin C-Haushalt in der Neugeborenen- und Säuglingszeit sowie sein Verhalten im Wachstumsalter bis zur Vollreife: H. Brieger.

Zur Epidemiologie des Fleckfiebers: H. Klose.

Einige Beobachtungen zur Klinik des Fleckfiebers: G. Liebau

Untersuchung über das Bomskovsche Tymushormon unter besonderer Berücksichtigung des Status thymico-lymphaticus: Bomskov Chr.

Nr. 23 vom 6. Juni, 1942.

Über isolierte und multiple Organtuberkulose und über das Verhältnis der pulmonalen und extrapulmonalen Tuberkulose: Fr. Ickert.

Der Tonus des Frakturmuskels: Bayer H. und F. Ruf.

Heinzkörperchen und Blutfarbstoff: W. Heubner.

Über die fetale Resorption von Kupfer aus der Placenta: W. Neuweiler.

Über ein Verfahren zur Bestimmung der Ascorbinsäure im Harn: v. L. Dobszay.

Über die Rolle der Kohlensäure und Blutthrombokinasen bei der Blutgerinnung: F. Wiedenbauer.

Nr. 24 vom 13. Juni, 1942.

Experimentelle Erfahrungen mit stimulierenden Mitteln bei der Prophylaxe der Hitzeerkrankungen: B. Schlegel und H. Böttner.

Die Entgiftungsarbeit der Darmwand während der Resorption von Indol: H. Nicolai.

Über den Zustand des Kaliums im Serum bei Urämie: G. Schönholzer.

Über die orale Verwendbarkeit des Priscol als Magendiagnosticum: W. Thiele.

Experimentelle Untersuchungen über die Regulation der Bluteiweisskörper durch das endocrine System: L. Podhradeczyk.

Nr. 25 vom 20. Juni, 1942.

Der Begriff der Allobiose und seine Bedeutung in der Medizin: F. Flury und W. Neumann.

Die Entstehung von Krebs als pharmakologische Wirkung: H. Druckery.

Die Bestimmung von Verdoglobulin im Blute: M. Kiese.

Über die biologische Spaltung von Azofarbstoffen durch Hefe: H. Riedel.

Hypophysärer Zwergwuchs mit Diabetes mellitus: H. Glatzel und W. Bauke.

Therapie der Gegenwart, Heft 6. Juni, 1942.

Fortschritte der Therapie, Heft 1. Januar, 1942.

Die Behandlung der Gonorrhöe mit Eleudron: W. Kardung.

Zur Chemotherapie mit 2-(p-Aminobenzolsulfamido)-4-methylthiazol (Ultrasseptyl): R. Weber.

Die perorale Behandlung der Impetigo contagiosa mit Eleudron: W. Schmidt.

Über die lokale Anwendung des Marfanil-Prontalbin in der Chirurgie zur Bekämpfung der Wundinfektionen: K. W. Eunike.

Die biologische Heilmethode und ihre Anwendung: G. Baggio.

Beitrag zur Kenntnis der Nebenwirkungen der Sulfonamide: M. Fluch und H. Leitingner.

Brandverletzungen und deren Behandlung: P. Marquardt.

Heft 2. Februar, 1942.

Unter welchen Umständen kann bei Mandelsäuretherapie auf Diätvorschriften und Flüssigkeitseinschränkung verzichtet werden?: L. Gauwerky.

Zur Behandlung der Trigeminusneuralgie und Migränfälle: W. Tigges.

Schwere Leberschädigung durch Analgetika: G. W. Parade.

Klimatologische Übersicht: W. Amelung.

Aussprache über die Indikation für den Aderlass: G. Stötter.

Betrachtungen über die Behandlung der Lungentuberkulose: P. Beckmann.

Heft 3. März, 1942.

Über die Wirkungsweise, Dosierung und Indikation kohlen-saurer Teil- und Vollbäder bei Kreislaufkranken: H. Schlecht.

Betrachtungen über Melisse und Melissegeist: H. Braun.

Melisse und Melissegeist in der modernen Therapie: H. Braun.

Fortschritte auf dem Gebiete der Vitaminforschung im Spiegel des amerikanischen Schrifttums: L. Norpoth.

Klimatologische Übersicht: W. Amelung.

Erfahrungen mit einem neuen Antacidum (Aludrox): F. Leypold.

Heft 4. April, 1942.

Über die Wirkungsweise, Dosierung und Indikation kohlen-saurer Teil- und Vollbäder bei Kreislaufkranken: H. Schlecht.

Der Kranke und das Heilmittel: W. Lindenberg.

12 Jahre intravenöse Strophantinterapie in der Allgemeinpraxis: P. Oberhammer.

Heft 5. Mai, 1942.

Über eine neue Versuchsanordnung zur Bestimmung von sedativ und erregend wirkenden Stoffen: K. Irrgang.

Stoffwechsel und Diabetes: B. Schücking.

Therapeutisches aus dem Auslande: I. P. zum Busch.

Erfahrungen mit Veramon B in der Gynäkologie und Geburtshilfe: E. Navratil.

Die Behandlung des Heuschnupfens mit chinesischem Tee: K. Weidner.

Heft 6. Juni, 1942.

Zur Osteoarthritisbehandlung mit Mistelextracten: Giesbert.

Behandlung der Arthrosis deformans mit dem Mistelextract Plenol: Chr. Legel.

Zur Behandlung des Ulcus cruris: W. Roelen.

Über das sogenannte Fruchtbarkeitsvitamin E: C. Müller.

Anwendungen der Rhodanverbindungen in der Medizin: A. Tscharn.

Beitrag zur Behandlung der Trigeminusneuralgie: F. Klewitz.

Über die Beseitigung von Filzläusen mit Morpional: H. Schlaak.

Die Behandlung infektiös-toxischer Erkrankungen mit Nebennierenrindenhormon (Cortidyn) und Ascorbinsäure (Cebion forte): E. Traxel.

Über die Behandlung von Spasmen bei Erwachsenen: F. Bräuer.



ANTISPASMODIC
CARDIOTONIC • SEDATIV
AL SISTEMULUI NERVOS

CARDIALGINE

Dubois

dragouri

picături

BROMUR DE SPARTEINĂ, EXTRACTE DE
STROPHANTUS, AUBEPINE, BELLADONA, PAPAVERINĂ

LABORATOIRES

DUBOIS

16 Bd. PERIERE, PARIS 17^e

ARTHERO-SCLEROSĂ
REUMATISM
GUTĂ - DIABET

COLLO-JODE

Dubois

picături

sirop

IOD, ACIZI AMINICI, PROPANTRIOL
FĂRĂ FRICĂ DE IODISME SAU INTOLERANȚĂ



Mostre gratuite la cerere:

MEDIROM S. A. R. BUCUREȘTI IV - STR. OLARI 23 - Tel. 2.39-46

AMIGDALITE
CRONICE ȘI ACUTE
LARINGITE, FARINGITE
STOMATITE, GINGIVITE

GARGARISME

TIMOL, FENOSALIL, GLICERINĂ, ALCOOL DE MENTĂ
Se vor face gargarisme cu o
linguriță la un pahar cu apă

CHAUVIN

TOATE INFLAMAȚIUNILE
NASULUI, A FARINGELUI
NASAL ȘI BUCAL

ANTISEPTOL

RHINOFARINGITE, SINUZITE, HIPERTROFIA
CORNETELOR, VEGETAȚII ADENOIDE, OTITE
MENTOL, CAMFOR, EUCALIPTOL
CLORETON, OL. PARAFFINIC

Se va picura de 2-3 ori
pe zi câte o gută în fiecare
nară.

Mostre gratuite la cerere:

MEDIROM S. A. R. BUCUREȘTI IV - STR. OLARI 23 - Tel. 2.39-46

UN PROGRES ÎN TERAPEUTICA HORMONALĂ MASCULINĂ:



NEO-HOMBREOL

PROPIONAAT

în CLIMACTERIUM VIRILE
HIPERTROFIA PROSTATEI

și IMPOTENȚĂ

FIOLE à 5, 10 și 25 Mg PROPIONAT DE TESTOSTERON



OSS (Olanda)

Reprezentanța pentru România:

ODOL-PHARMA

SECȚIA FARMACEUTICĂ

ODOL S. A. R.

STRADA APOSTOL MĂRGĂRIT, 22—TELEFON 5-6776
BUCUREȘTI IV

Prof. Dr. D. Dumitrescu Mante

Clinica Terapeutică Medicală

Vol. I.

Lei 1000'—

Profesor Dr. Titu Vasiliu

Manual de Anatomie Patologică Clinică

Lei 1600'—

Anuarul General al Medicilor din România

Lei 300'—

In depozit la:

Librăria „Dacia Traiană” s. a.

Sibiu / Piața Unirii 7 / Str. Regina Maria 20

Redactionale

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 4 pagini de revistă. Costul tiparului peste 4 pagini va fi suportat de autor, 500 Lei pagina.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, francezește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeeilor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 500. Pentru autorități 1000 Lei. Pentru studenți 300 Lei. Costul unui număr este 80 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

1 pagină odată	3.000,	3 ori	8.000,	6 ori	15.000,	12 ori	25.000	Lei
1/2 " "	2.000,	"	5.000,	"	8.000,	"	15.000	"

Pentru encartaje se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Pentru anunțuri plasate pe pagina recto se socotește un plus de 30%.

Pentru anunțuri periodice (băi, stat. balneare, stat. climaterice etc.) se plătește un plus de 50%.

Tabloul de preturi al extraselor pe formatul 8^o valabil dela 1 Aprilie 1942.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar		Coperta obicinuită hârtie culoare										Observație	
	Primele 25 exemplare	Următoarele 25 exemplare	25	50	100	150	200	300	500	1000	3000	5000		
L e i			e x e m p l a r e											
L e i			L e i											
4	240	42	198	216	228	264	276	312	432	636	1680	3840	1 pagină din revistă co- respunde cca. la 3 pagini din extras.	
8	324	66												
12	456	80												
16	564	98												
Extrase pe hârtie velină			Copertă groasă colorată										Pentru fiecare clișeu se va socoti in plus 15 Lei.	
4	252	52	228	288	336	420	492	624	900	1380	3426	5880		Tablourile etc. lipite la extrase se vor socoti in plus.
8	348	79												
12	504	108												
16	612	137												

*Noua etapă a
terapeuticeii sulfamidate*

THIAZOMIDE

2090 - R.P. SULFATHIAZOL

PRODUS POLIVALENT BINE TOLERAT
DE ORGANISM

GONOCOCI - COLIBACILI
PNEUMOCOCI-MENINGOCOCI
STREPTOCOCI - STAFILOCOCI



*Intrebuințarea Thiazomidei reduce numărul
sulfamido-intoleranților și permite tratamente
de scurtă durată cu posologii mai ridicate.*

TUB CU 20 COMPRIMATE DE 0,50 GR.

Doza inițială zilnică: 4 la 8 grame.



SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES du RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS - VIII^e

Propaganda Medicală „SPECIA” Str. Anastasie Simu, 6 — București (III)

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

Secretar de redacție:

Dr. D. CĂPRIOARĂ

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hăngănuș, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu.

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA:

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45

*Pentru hormonoterapie cu substanțe
active proprii corpului**

PROGYNON PROLUTON

pentru tratamentul
insuficienței ovariene
(și al cazurilor grave)

pentru tratamentul
hemoragiilor genitale
și al avortului repetat

TESTOVIRON

pentru terapia insuficienței
sexuale masculine

* Organismul nostru este adaptat acestor corpuri, al căror metabolism intermediar nu necesită noi funcțiuni. Deci tratamentul cu substanțe proprii corpului, dozate rațional, are multe avantaje, motiv suficient pentru a prefera pe cât posibil aceste substanțe, dacă putem obține cu ele același rezultat ca și cu medicamente străine corpului. —

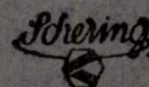
Klin. Wschr. 1938, Nr. 19, S. 633

Literatură detaliată și îndrumări referitor la dozaj stau la dispoziție

SCHERING A. G. BERLIN

Biroul științific București, Str. Clemenceau No. 6

Tel.: 3.58.05





Analeptic

cu acțiune centrală mărită și acțiune periferică energică.

Contra atoniei circulatorii consecutive maladiilor infecțioase, în intoxicații, pre- și post-operator, în stările de epuizare, în convalescență, în răul de röntgen.

In colaps, accidente de narcoză;
intoxicații,
paralizii vasculare, asfixie.

Lichid: Flacoane de 10 gr. -

Tablete: Tuburi de 10 buc.

Fiole: Cutii de 5 buc. à 1,1 cmc.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN P E R I N

Knoll S. A. R., Str. Atena 29, București 3.

Având asigurată materia
primă necesară, punem la
dispoziția Domnilor medici

Vitamin „C”

sub formă de :

Ascorbin

Injectii

(L-Ascorbinat de sodiu)

0,05/1	cmc,	cutia	cu	10	fiole
0,10/2	"	"	"	5	"
0,50/5	"	"	"	3	"

Subcutan - Intramuscular - Intravenos

Ascorbin

Tablete

(Acid Ascorbic)

Tubul cu 12 tablete 0,05



Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R.
BUCUREȘTI

ELEUDRON

p-aminobenzolsulfonamidothiazol („Sulfathiazol“)

chimioterapeutic

cu efect desăvârșit în
infecțiuni gonococice
infecțiuni pneumococice
infecțiuni stafilococice
infecțiuni meningococice

Resorbție și eliminare rapidă și completă,
deci nu există pericol de cumulare

Toleranță perfectă

»Bayer«



LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România :

„ROMIGEFA“ S. A. R., București I, strada Brezoianu 53

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL :

Conf. Dr. I. Gavrilă : PROFESORUL Dr. I. GOIA

Articole științifice :

- I. Hațieganu, T. Spârchez, P. Radu și I. Macavei: Importanța clinică a punctelor sternale în diagnosticul boalelor de sânge II. Pag. 421
- Prof. Dr. V. Papilian și Dr. V. Preda: Contribuțiunile la studiul acțiunii substanțelor simpatico-și parasimpaticotrope asupra morfologiei larvelor de amfiblene anure " 431
- Conf. Dr. Ion Gavrilă: Considerațiunile asupra faringotifusului " 434

Medicină de războiu :

- Prof. G. Buzoianu, G. Popoviciu și M. Iubu: Histero-traumatismele auriculare de războiu " 436

Revistă generală :

- Dr. Coșereanu Aurelian: Hemoragiile intraperitoneale de origine genitală, înafara stărei de graviditate " 438

Probleme terapeutice :

- Dr. Victor Mărtioiu: Considerațiunile asupra evoluției, rezorbtiei sângelui hemoragiilor interne intraperitoneale și conduita terapeutică " 443
- Dr. Petre Țârlea: Starea actuală a tratamentului dermatozelor parazitare " 445

Probleme profesionale :

- Dr. Vasile Moțoiu: Considerațiunile asupra pregătirii și recrutării viitorului medic de circumscripție rurală " 448
- Dr. Aurel Tiniș: Examenul medical prenupțial obligator în mediul rural " 451

Cursuri de medicină preventivă :

- Dr. I. Cosma: Organizarea și funcționarea Centrului de inițiere sanitară a învățătoarelor din Sibiu " 453

Societăți medicale " 454

Revista cărților " 455

Reflexe strălune patologice în bolile sistemului extrapiramidal-motoric de Dr. Duensing Friedrich. — Tratat de pediatrie de K. Degkwitz, F. Goebel, E. Rominger și colaboratorii. — Pediatrie de Fr. Hamburger și R. Priesel. — Diagnosticul și terapia la copii de F. Lust și M. Pfaundler. — Introducere în medicină infantilă de E. Glanzmann. — Îngrijirea copilului sănătos și bolnav de W. Catel. — Ocrotirea sanitară a mamei și a copilului de R. Benzig.

Revista revistelor " 456

Note și informațiuni " 459

Decrete, Declarații.

Bibliografie " 460

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCHILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări
și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CA



RUBIAZOL
COLORANT AZOIC

este
**CEL MAI ACTIV și
COMPLET ATOXIC**

DOZA ZILNICĂ:
6-12 comprimate
2-3 fiole

LABORATOIRES  DU DR ROUSSEL-PARIS

Eșantioane Medicale și literatură la:

Reprezentanța generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTETIA” S. A. R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREȘTI, III

Telefon 221.38

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

— SIBIUL MEDICAL

Anul XXIII

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

PROFESORUL D^{R.} I. GOIA

Profesorul Dr. Ion Goia, directorul Clinicii Medicale II din Cluj-Sibiu, a împlinit vârsta de 50 de ani. Bine înțeles că această vârstă în viața oamenilor nu înseamnă încheierea unei activități, cu atât mai puțin în cazul oamenilor de știință. Totuși vârsta de 50 de ani reprezintă o fază din viața omului, când se poate privi opera înfăptuită până atunci și ne putem exprima nădejdiile pentru viitor.

În cazul profesorului Goia, D-nia Sa poate privi cu mândrie la opera științifică creată până acum, iar în prezent fiind în apogeul puterii sale de creație, de sigur că opera sa va fi continuată și completată cu multe descoperiri și creațiuni științifice, spre binele științei medicale.

Profesorul Goia s'a născut la 21 August 1892, în comuna Sohodol, jud. Alba, din o familie de preot.

A urmat cursul secundar la liceul românesc din Brașov, apoi a făcut medicina la Facultatea de Medicină din Cluj. În cursul războiului mondial trecut, ajunge mobilizat în același spital cu tânărul asistent de atunci Dr. I. Hațieganu și sfârșitul acestui războiu, în 1918, îi găsește împreună.

La organizarea Facultății de Medicină românești dela Cluj, Dr. I. Hațieganu devine profesor de Clinică Medicală și primul decan al Facultății, iar Dr. I. Goia este șeful de lucrări al profesorului Hațieganu.

Mai târziu Dr. I. Goia trece examenul de docență în semiologia medicală, apoi devine conferențiar; pentru

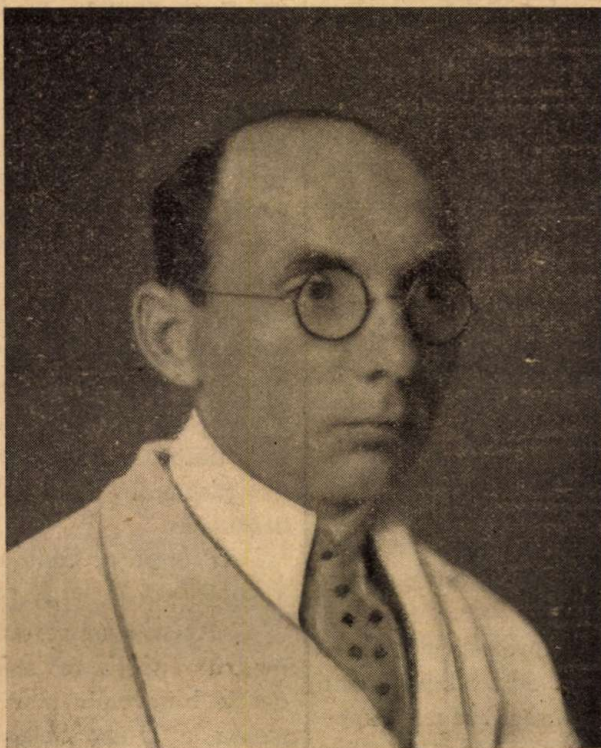
ca în 1930 conferința să fie ridicată la rangul de catedră de semiologie, a cărei titular este numit în persoana D-niei Sale. Dela această dată ilustrează cu o

competință deosebită această catedră, care astăzi poartă numirea de Clinica Medicală II.

Clinician înăscut, pasionat în cercetările științifice, dotat cu o nelimitată putere și dragoste de muncă, prof. Goia uimește prin spiritul său fin de pătrundere și darul său de a ordona faptele clinice și experimentale observate, cum și prin cunoștințele sale vaste. Este un caracter integru, niciodată nu face transacție cu convingerile sale, urmează totdeauna linia dreaptă a adevărului.

Activitatea de până acum a D-Sale este foarte multilaterală și prodigioasă. Ea s'a dezvoltat în patru direcții principale: activitate științifică, activitate didactică, activitate spitalicească, activitate medico-socială.

Activitatea științifică a profesorului Goia este foarte vastă și importantă, ea s'a manifestat prin lucrări științifice de mare valoare, publicate în revistele din țară și din străinătate. Multe din aceste lucrări s'au bucurat de o apreciere deosebită din partea oamenilor de știință străini. Vom aminti aci câteva din subiectele acestor lucrări: Acțiunea adrenalinei asupra tabloului leucocitar. Examinarea stomacului à jeun, valoarea examenului secreției gastrice în afecțiunile stomacale. Formele atipice de malarie. Diferite cercetări în domeniul bolilor



Profesorul Dr. I. Goia.

sangine. Cercetări și considerațiuni clinice și terapeutice asupra ulcerului gastric și duodenal. Sughitul rebel. Nefrita gripală dureroasă. Angina monocitară. Melanuria. Sifilisul gastric. Meningitele acute benigne. Cercetări clinice și terapeutice asupra lambliazei. Cirozele hepatice. Alcaptonuria. Paraziții intestinali. Periduodenita esențială. Glicozuria în timpul șocului insulinei. Șocul insulinic în tratamentul astmului bronșial, etc.

Toate aceste lucrări științifice denotă înalta sa personalitate de pasionat cercetător al adevărului științific și îl consacră printre adevărații oameni de știință.

Activitatea și opera didactică a profesorului Goia iar este imensă și de un folos de neprețuit pentru studenți și pentru tinerii medici.

Deja începând din anul 1919, în calitate de șef de lucrări al Clinicii Medicale, este încredințat cu învățământul semiologiei în Facultate. Prin calitățile sale didactice deosebite, prin cunoștințele sale bogate, prin priceperea sa însemnată, reușește să impună acest învățământ ca disciplină fundamentală în facultate și să-l ridice întâi la rangul de conferință, apoi de catedră.

Meritul mare al profesorului Goia este, că a reușit să facă să se recunoască în Facultate importanța deosebită a semiologiei în învățământul medical și să se aprecieze acest învățământ la justa lui valoare, să se creieze nu numai prima catedră de semiologie medicală la noi în țară, însă aceasta să se facă într-o vreme, când nici în țările occidentale nu era considerată încă la justa ei importanță această disciplină medicală. Deci D-nia Sa este întemeietorul învățământului semiologic la noi în țară.

Deși Semiologia Medicală constituie o disciplină destul de aridă și seacă, totuși profesorul Goia prin talentul său didactic deosebit de remarcabil, reușește să facă din ea un învățământ viu, care să mențină trează atenția auditorului studențesc dela începutul și până la sfârșitul lecțiunei.

Opera științifică și didactică a profesorului Goia este completată în mod fericit prin admirabilul tratat de semiologie și patologie medicală, rezultat din experiența și munca de 20 de ani a Clinicii Medicale din Cluj. În acest tratat semiologia tuturor capitolelor este scrisă cu o maestrie deosebită de către D-nia Sa, după cum și alte capitole întregi de patologie medicală.

Activitatea spitalicească a profesorului Goia este toată așa de vastă. Dotat cu un spirit clinic de observație deosebit de ascuțit, la patul bolnavului este un

diagnostician de neîntrecut, în cazurile cele mai grele și mai complexe reușește să ajungă la fixarea diagnosticului veritabil și să aplice terapeutică în consecință, spre folosul miilor de bolnavi suferinzi.

În clinica medicală modernă nu se poate imagina un tratament rațional fără o terapeutică dietetică potrivită. Într'adevăr cele mai multe boli medicale necesită un regim dietetic deosebit, în unele din ele baza tratamentului o constituie regimul alimentar însăși. Meritul important în această privință a profesorului Goia este, că deja din 1922 a reușit să organizeze prima bucătărie de regim din România în cadrele Clinicii Medicale din Cluj, care cu timpul a ajuns la o perfecționare ce satisface și spiritele cele mai exigente.

Profesorul Goia a desfășurat în cursul timpului și o activitate medico-socială importantă. Deja din casa părintească a plecat cu o dragoste înflăcărată pentru neam și țară, care și-o manifestă apoi în tot cursul timpului de mai târziu, atât ca elev la liceul din Brașov, cât și ca student la Universitatea ungurească, și ca medic ulterior.

Sub imboldul profesorului Hațieganu, Clinica Medicală din Cluj dela începutul erei românești a dezvoltat o activitate medico-socială importantă pe teren, prin conferințe de popularizare la sate din domeniul bolilor sociale, infecțioase, a igienei și din alte domenii. Profesorul Goia a luat parte importantă la această activitate extra-medicală în afară de Clinică, dezvoltată în cadrele „Astrei”, fiind și vicepreședintele Despărțământului Cluj al „Astrei”.

După concepția profesorului Hațieganu, Universitatea din capitala Ardealului trebuie să fie nu numai o instituție de cercetări și învățământ, ci și un focar de răspândire de cultură și o școală de educație națională.

Profesorul Goia și-a însușit această concepție și a contribuit în largă măsură la realizarea ei.

Această aniversare a profesorului Goia constituie pentru redacția revistei „Ardealul Medical” numai o ocazie binevenită pentru a sublinia activitatea prodigioasă a D-niei Sale de până acum, atât ca om de știință, ca profesor educator al studențimii, cât și ca medic alinător a suferințelor bolnavilor. D-nia Sa este în plină putere de muncă creatoare și suntem siguri, că va mai produce încă multe pe teren științific și medical, pentru binele țării și a medicinei românești.

Conf. Dr. I. Gavrilă

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Importanța clinică a puncției sternale în diagnosticul boalelor de sânge

de

I. Hațieganu, T. Spârchez, P. Radu, I. Macavei

(Continuare)

II.

Limfogranulomatoza. În limfogranulomatoză mielograma nu prezintă modificări caracteristice.

Klima a descris, într-o serie de cazuri, celule gigantice *Sternberg*, care nu au fost verificate de toți autorii, din cauza dificultății de a diferenția aceste celule atipice de megacariocitii banali sau de celule atipice din seria mieloidă.

Puncția sternală făcută la 5 bolnavi care au suferit de limfogranulomatoză, a prezentat o măduvă mai activă cu polimorfism celular fără nicio particularitate evidentă. Celulele atipice suspecte pe care le-am evidențiat în două cazuri nu pot avea decât o valoare de control în diagnosticul stabilit prin biopsie, sau puncția ganglionară.

Agranulocitoza. Agranulocitoza este un sindrom caracterizat prin dispariția leucocitelor fără ca eritro sau trombo-poeza să fie interesată. Puncția sternală are o valoare incontestabilă în diagnosticul agranulocitozei. Cu ajutorul ei distingem formele sub care se prezintă și stabilim prognosticul bolii.

În formele ușoare, numărul granulocitelor adulte diminuează. Metamielocitii, mielocitii și promielocitii sunt prezenți. Elementele din seria eritrocitară își păstrează procentul normal, caracteristică fiind înmulțirea megacariocitelor, a celulelor reticulare și plasmatice. Limfocitii au o tendință ușoară de creștere. Prezența eozinofililor este interpretată ca prognostic bun.

În formele mijlocii, măduva prezintă aspect hiperplastic. Granulocitele sunt dispărute metamielocitii și mielocitii scăzuți. Elementele din seria roșie, megacariocitele, sunt diminuate în afară de cazurile asociate

cu spleno-megalie. Celulele reticulare și plasmatice sunt prezente. Procentul promielocitelor, mieloblastilor și în special al limfocitelor este ridicat.

Uneori apar elemente atipice degenerate, paramieloblasti. Reacția mieloblastică se poate confunda cu leucemia acută. Ceea ce o diferențiază este diferența elementelor atipice, lipsa hiatusului leucemic și creșterea numărului limfocitelor. Reacția mieloblastică este de scurtă durată, uneori mieloblastii apar și la periferie.

În formele grave mielograma arată aplazia aparatului granulocitar în întregime. Celulele plasmatice și reticulare sunt prezente. Alterațiunea măduvei fiind serioasă, elementele din seria eritroblastică și trombocitară sunt foarte scăzute, tabloul fiind asemănător cu al anemiei aplastice.

Imaginea mielogramelor este modificată prin numărul mare de limfociti. Lipsa formelor tinere a limfoblastilor exclude diagnosticul de leucemie limfatică. Absența elementelor granulocitare se interpretează ca prognostic grav.

Cu ajutorul mielogramei am stabilit diagnosticul de agranulocitoză, formă gravă în 2 cazuri.

Obs. 10. Fl. R., de 30 ani. De 2 luni slăbește progresiv, este inapetent. De 3 săptămâni are dureri mari în abdomen, ascensiuni febrile, pete emoragice pe tegumente, urmate mai târziu de epistaxe. Temperatura 40°. La examenul obiectiv ușoară hepatosplenomegalie.

Globulele roșii 2.000.000, hemoglobină 28%, leucocite 6000, trombocite 100.000. Timpul de sângerare 1,45 minute. Timpul de coagulare 15 minute. Polinucleare neutrofile 11%, limfocite 77%, monocite 12%. După câteva zile leucocitele scad la 2600. Polinucleare neutrofile 1%, limfocite 89%, monocite 9%, normoblast 1%.

Mielograma: La puncție conține picături de grăsimi.

Polinucleare neutrofile 0,5%, Limfociți 91%, Monociți 3%, Normoblaști 3,5%, Celule plasmatică 2%, Celule reticulare 2%.

Obs. 11. C. R., 41 ani. De 2 săptămâni a prezentat epistaxă puternică, febră 39 grade, dureri în gambe. Splina și ficatul între limite normale. Globule roșii 2.500.000, emoglobină 40%, leucocite 4800, trombociti 330.000. Polinucleare neutrofile 18% Polinucleare eozinofile 1%, limfocite 72%, monocite 4%, metamielociti 5%. Timpul de coagulare 15 minute.

Mielograma: Polinucleare neutrofile 3%, Mielociti 6%, Promielociti 2%, Mieloblaști 1%, Megacariociti 8%, Limfociti 77%, Eritroblaști 2%, Normoblaști 2%, Celule plasmatică 3%, Celule reticulare 2%.

În agranulocitoză punctia sternală trebuie repetată. Ea ne orientează asupra evoluției rapide și asupra modificărilor care survin la centru. Uneori, în 2—3 zile, imaginea mielogramelor se schimbă. În formele benigne semnalăm faze de regresii, prin apariția formelor granulare mult mai precoce ca în emogramă.

Prin punctia sternală putem să facem aprecieri asupra prognosticului bolii. Prezența celulelor foarte tinere (mieloblaști) într-un procent mai ridicat și dispariția formelor intermediare constituie un prognostic serios. Prevedem o evoluție favorabilă în formele în care domină mielociti, metamielociti. Cazurile de agranulocitoză la care mielograma arată în totalitate aplasia aparatului granulocitar sunt mortale.

Trombopenia. Sunt multe afecțiuni care se manifestă numai prin sindromul emoragiar. În diagnosticul acestor sindroame s-au făcut progrese mari. Alături de semnele clinice și de laborator, punctia sternală ne permite să diferențiem diferite forme de trombopenii și prin aceasta, să facem indicații terapeutice mai precise.

În trombopenia esențială punctia sternală are o valoare importantă. Tabloul clinic și hematologic se poate confunda ușor cu alte afecțiuni ca: leucemia acută, panmielofizia, anemie aplastică, sindromul emoragiar datorită infecțiilor sau intoxicațiilor.

Mielograma are o particularitate deosebită, cum a fost în cele patru cazuri observate de noi. Procentul elementelor din seria mieloidă și eritroblastică a fost normal. Am constatat însă un număr mare de megacariociti, 1—5%. Structura morfologică a acestor elemente megacariocitare a fost mult discutată. Am găsit și noi forme cu lipsa granulațiilor azurofile, protoplasmă vacuolară fără celule fagocitare și modificări structurale și în nucleu. Aceste alterații complexe se interpretează — după unii autori — ca procese degenerative sau ca tulburări de maturare și deci ar denota o incapacitate a elementelor megacariocitare de a trimite la periferie celule adulte, trombociti.

În afară de aceste modificări structurale, am găsit forme tinere de megacariociti — megacarioblaști asemănători cu mieloblaștii. Aceste elemente tinere au dimensiuni mai mici, cu protoplasmă mai intensă, nu prea bogată.

Toate aceste tulburări, zise degenerative sau de maturare, dispar după splenectomie și apar la periferie trombociti normali.

Se descriu trombopenii esențiale, în care numărul megacariocitelor este normal. În aceste cazuri s'a bănuț existența tulburărilor de maturare.

S'a discutat dacă în adevăr alterațiile morfologice descrise au o valoare deosebită. *Seeglinger* susține că alterația megacariocitelor este cauza esențială a trombopeniei.

Schulten este prudent, găsiind la unii indivizi normali megacariociti cu modificări structurale. De aceea el atribuie o importanță mai mare tulburărilor funcționale, decât alterațiilor anatomice ale celulelor megacariocitare.

Trombopeniile simptomatice survin în leucemii acute, anemie aplastică, panmielofizie. Mielogramele sunt caracterizate prin dispariția completă a megacariocitelor, în urma aplaziei sistemului trombopoetic. Lipsa megacariocitelor constituie un criteriu de diagnostic diferențial față de trombopenia esențială, în care se constată o bogăție de megacariociti.

Importanța practică a punctiei sternale în diferențierea trombopeniilor și în prognosticul lor, nu este admisă de *Weil*, găsiind megacariociti abundenți și în alte afecțiuni.

În lucrările recente, publicate de o serie de autori, se insistă tot mai mult asupra importanței mielogramelor în sindromul emoragiar.

După părerea noastră, datele furnizate de studiul măduvei osoase sunt interesante, însă în interpretarea lor trebuie să ținem cont de complexul semnelor clinice.

Sindromul anemiilor. În diagnosticul anemiilor, punctia sternală are o valoare practică mare.

Este adevărat că, în majoritatea cazurilor de anemie, simptomele clinice și hematologice ne oferă date suficiente pentru precizarea diagnosticului. Survin însă sindroame anemice, în perioada inițială, sau chiar într-o fază mai înaintată a bolii, care au tablouri clinice neprecise. În aceste cazuri studiul măduvei osoase completează semnele clinice și sanghine.

Cu ajutorul mielogramelor am reușit să diferențiem, în mod precis, modificările morfologice survenite în eritropoeză, în cazuri de reacții hiperplastice sau hipoplastice.

Punctia sternală, alături de tabloul clinic și hematologic, ne-a dat posibilitatea să diagnosticăm diferitele categorii de anemii, în funcție de factorii deficiențiali.

Varietatea elementelor medulare, diferențele calitative și cantitative ale celulelor din seria eritocitară precum și raportul care există între seria roșie și albă, au fost criterii utilizate de noi pentru lămurirea sindromelor anemice.

Cu ajutorul punctiei sternale am evitat greșeli de diagnostic, mai ales în cazurile de anemii pernicioase și anemii aplastice. Fără punctia sternală, o serie de tablouri clinice nu puteau fi clarificate, decât într-o fază mai avansată a bolii.

În statistica noastră figurează 78 cazuri de anemie.

Studiul măduvei osoase la acești bolnavi ne-a permis să verificăm particularitățile ce oferă mielograma și să precizăm diagnosticul în cazurile dubioase.

Anemia pernicioasă este o afecțiune cu o individualitate clinică și hematologică bine precizată. Stabilirea diagnosticului într-o fază incipientă pare delicată. Se pot face greșeli în forme cu hipoglobulii, hiperchromii moderate, achilii înconstante și semne clinice incomplete. În sângele periferic, megaloblaștii — ca element caracteristic — apar în stadiu de plină evoluție a boalei.

În aceste forme incipiente, dubioase, am indicat punctia sternală ca metodă suverană de diagnostic.

În 4 cazuri studiate de noi, traversarea lamelor sternale s'a făcut ușor. Măduva era lichidă cu aspect rozat. Microscopic am găsit o bogăție de celule, în contrast cu tabloul sanghin periferic, sărac în elemente. Măduva avea caracter hiperplastic. În toate cazurile noastre, am constatat un procent ridicat de celule mari ovalare, cu protoplasma intens albastră, abundentă, nucleul cu cromatină fină, având nucleoli. Aceste celule numite megaloblaști nu se întâlnesc în nicio altă boală. În cazurile noastre de anemii pernicioase netratate, am evidențiat megaloblaști de toate mărimile, formele și vârstele. Au dominat formele tinere sau promegaloblaști. Formele mai adulte aveau nucleul mai mic cu cromatină reticulară, uneori cu aspect caracteristic pătat, având cromatină în formă de bulgăr. Protoplasma avea nuanțe variate, în funcție de cantitatea emoglobinei încărcată. Am găsit și forme mature, cu protoplasma roșie, asemănătoare megalocitelor. În câmpul microscopic s'au văzut numeroși megaloblaști în mitoză.

Procentul mare de megaloblaști — 30—40% — dă un aspect deosebit tabloului microscopic, de unde și numirea de mielogramă albastră. Raportul normal de 0,3:1 între eritropoeză și leucopoeză l-am găsit modificat la 1:1. În anemia pernicioasă, în afară de hiperplazia megaloblastică, am evidențiat și turburări în sistemul leucopoetic. Din seria mieloidă, am găsit un procent mai redus al mielocitelor și promielocitelor. Numărul eritroblastilor și normoblastilor a fost diminuat. În unele cazuri, am evidențiat celule mari megacariocitare într-un procent de 2% și celule reticulare cu dimensiuni mari, protoplasma albastră și nucleul asemănător megaloblaștilor. Bazat pe acest fapt, *Tischendorf* presupune că ar exista o legătură genetică între celula plasmatică și megaloblaști.

Un alt simptom pe care l-am constatat în cazurile noastre, a fost modificarea mielogramelor după injecțiile

cu preparate de ficat. Procentul megaloblaștilor s'a redus, ajungând în câteva zile la numărul normal de 3%. După primele zile de tratament, am observat o înmulțire a megaloblaștilor și normoblaștilor. Eritropoeza patologică cu megaloblaști dispăre, mielograma revenind în câteva zile la aspectul normal, în urma unei noi regenerări eritroblastice. Această transformare a eritropoezei medulare s'a făcut înainte de apariția crizei reticulocitare în sângele periferic.

Tischendorf găsește și în perioada de regenerare a măduvei celule indifferente reticulare, din care — sub influența preparatelor de ficat — nu ar mai deriva megaloblaști, ci eritroblăști ca și în eritropoeza normală. După acest autor, celula reticulară ar fi celula de bază a țesutului eritropoetic. Această afirmație trebuie verificată, problema rămânând deschisă pentru studii și cercetări temeinice. În cazurile noastre procentul de celule plasmatică nu a fost prea ridicat. Modificarea rapidă a mielogramei, după injecția de ficat, o considerăm ca un simptom în favoarea diagnosticului de anemie pernicioasă.

Sub influența terapiei cu ficat revin la procentul normal — într'un ritm mai redus — și elementele din seria leucocitară.

Punctia sternală, indicată în cazurile de anemii pernicioase nu are valoare diagnostică retroactivă dacă se face după dispariția eritropoezei patologice, în urma tratamentului cu preparate de ficat.

Studiul mielogramelor însă este important de urmărit, dând indicații prețioase în evoluția anemiei pernicioase. Bolnavii noștri au fost ținuți în observație, făcându-le la intervale variate mielograme în serie. Prezența megaloblaștilor sau proeritroblastilor în mielogramă, într'un procent mai mare decât normal, constituie pentru noi un simptom precoce și un indicu de nouă recidive, în urma întreruperii tratamentului pentru timp mai îndelungat. Prin injecții cu ficat, în aceste cazuri, am favorizat transformarea eritropoezei patologice în eritropoeză normală, impledând apariția de turburări clinice produse prin lipsa factorului antipernicios.

Obs. I. V. A. 45 ani. De un an obosește la efort, are cefalee, slăbire progresivă, inapetență. Bolnava observă că devine anemică, prezentând turburări digestive. De o jumătate de an este astenică. Este tratată cu diagnosticul de gastrită, anemie secundară.

Examenul sanguin: Globule roșii 640.000, emoglobină 16%, valoarea globulară 1,48%. Leucocite 5400, tabloul sanguin: polinucleare neutrofile 46%, limfocite 47%, monocite 4%, celule edoteliale 2, metamielociți 1, normoblaști 3. Anizocitoză, poichilocitoză. După 10 zile de tratament: Globule roșii 3.500.000, emoglobină 50%, Val. Glob. 0.90.

Mielograma:		După 10 zile de tratament:
Polinuclearea neutrofile	2	3
Polinuclearea eozinofile	1	1
Metamielociți	3	3

Mielociți	4	8
Promielociți	6	5
Mieloblaști	6	3
Eritroblaști	7	9
Normoblaști	9	61
Megaloblaști	46	0,5
Monociți	6	—
Limfociți	6	—
Megacariociți	2	2

Obs. II. C. I. 52 de ani. Este tratat în clinică în două reprize, în decurs de 2 ani pentru anemie cu tulburări dispeptice-nervoase.

Examenul sanguin: Globule roșii 1 300.000, emoglobină 37%. Val. Glob. 1,7. Leucocite 5200, polinucleare neutrofile 64, polinucleare eozinofile 4%, limfocite 20, monocite 12. Anizocitoză și poikilocitoză.

Mielograma :		După tratament :
Polinucleare neutrofile	10	12
Metamielociți	8	4
Metamielociți eos.	1	—
Mielociți	7	4
Promielociți	1	3
Megaloblaști	25	3
Eritroblaști	18	15
Normoblaști	30	58

După 2 luni face a treia recidivă, constatând un procent de 35 megaloblaști. Am instituit o nouă serie de injecții cu preparate de ficat după care mielograma revine la aspectul normal.

Obs. III. G. P. De 6 luni are tulburări digestive, arsuri de-a-lungul esofagului, balonări greutate în epigastru, debilitate progresivă cu slăbire în greutate.

Examenul sanguin: Globule roșii 1.700.000, emoglobina 25%, val. glob. 1,25. Leucocite 5000, polinucleare neutrofile 53, limfocite 43, monocite 4. Anizocitoză, poikilocitoză.

Mielograma :		După 5 zile de tratament :
Polinucleare neutrofile	18	18
Polinucleare eozinofile	2	1
Metamielociți	7	8
Mielociți	5	10
Promielociți	6	3
Celule reticulare	2	2
Megaloblaști	32	6
Eritroblaști	10	12
Normoblaști	18	37

Obs. IV. T. R. de 3 ani. Oboseală la efort dureri difuze în organism, tulburări dispeptice, inapetență. Tușește și expectorează o spută muco-purulentă; a slăbit în greutate și forță fizică. A fost tratată cu diagnosticul de T. B. C. pulmonar. Radioscopic: scleroză pulmonară pronunțată. Suflu sistolic la toate focarele inimii. Achilile gastrică.

Examenul sanguin: Globule roșii 740.000, emoglobină 15%, val. glob. 1,21. Leucocite 6000, polinucleare neutrofile 52, polinucleare eozinofile 10, limfocite 35, monocite 2.

Mielograma: Polinucleare neutrofile 12. Polinucleare eozinofile 1. Metamielociți 8. Mielociți 10. Promielociți 3. Megaloblaști 20. Eritroblaști 11. Normoblaști 35

După 2 săptămâni de tratament, megaloblaștii au revenit la procentul normal de 3%.

Numai prin ajutorul puncției sternale am reușit să precizăm diagnosticul în acest caz, evidențiind alături de tuberculoza pulmonară și anemia pernicioasă.

Asociația acestor afecțiuni a fost semnalată și de alți autori, flecare boală evoluând pe cont propriu.

În evoluția anemiei pernicioase, pot surveni complicații care se pot confunda cu faze de recidive sau agravări ale bolii. Puncția sternală este determinantă în aceste cazuri. Eritropoeza normală exclude apariția unei noi recidive.

Puncția sternală ne-a permis să clarificăm anemia cu caracter pernicios survenite în afecțiunile ale aparatului gastro-intestinal.

În observațiile noastre figurează cazuri de gastrită atrofică cu metaplazii canceroase și rezecții gastrice, având simptome sanguine cu caracterul anemiei pernicioase, prin resorbția deranjată sau lipsa factorului anti-pernicios. Mielograma făcută la acești bolnavi ca un mijloc rapid de diagnostic, nu ne-a confirmat imaginea de „măduvă albastră” cu bogăția de megaloblaști caracteristică.

Anemia ipocromă esențială. Examenul sanguin, evoluția cronică de lungă durată și surveniența predilectă la sexul feminin o diferențiază de anemiile cu caracter ipocrom.

Puncția sternală în *cloroză* — afecțiune care se încadrează în acest grup de anemii — nu are o valoare prea mare, decât în formele atipice, asemănătoare anemiei pernicioase. Pentru verificarea diagnosticului, studiul măduvei osoase este important.

În cele patru cazuri observate de noi, mielograma arată o reacțiune eritroblasto-normoblastică. Am găsit foarte mulți eritroblaști, 13—20% — celule tinere cu protoplasma intens bazofilă — care dau însă puține globule roșii la periferie, lipsind emoglobina, adică posibilitatea pentru eritroblaști de a ajunge la maturitate. Procentul normoblaștilor a variat între 25—59%. Numărul celulelor reticulare este mărit. În seria mieloidă procentul elementelor nu variază prea mult. Megaloblaștii sunt absenți, fapt care exclude diagnosticul de anemie pernicioasă.

Anemiile secundare. Cele 40 cazuri de anemie secundară studiate și rezumate în tabloul alăturat cuprind anemii post-emoragice, infecțioase, toxice. Mielograma făcută în toate cazurile arată o activitate a sistemului eritropoetic. În formele ușoare, procentul normoblaștilor este normal sau foarte puțin ridicat, ajungând 30—40%.

În formele mijlocii, numărul normoblaștilor ajunge până la 70%, ceea ce indică puterea de regenerare a măduvei, (măduvă hiperregeneratorie). În tablou domină celule normoblastice, ajunse la maturitate, având tendința de a trece în sângele periferic. Reacția normoblastică este caracterizată și prin bogăția de celule în diviziune (mitoze). Formele mai tinere de globule roșii sunt în număr normal. Reacția eritroblastică modifică raportul normal dintre seria granulocitară și eritroblastică.

stică, dela 1:5 sau 1:3 la 1:2 sau invers. Variațiile mici nu au valoare prea mare.

Anemiile secundare, produse prin emoragii, le-am studiat prin punctii repetate, la interval de 1—2 săptămâni. În faza de ameliorare, mai ales după tratamentul cu fier, numărul normoblaștilor scade, în același timp însă crește cantitatea emoglobinei. Această scădere a normoblaștilor sau criză normoblastică o putem interpreta ca un simptom favorabil în prognosticul anemiei.

În formele mai grave de anemii secundare, efortul de regenerare se traduce prin măduvă hiperplastică eritrocitară, cu eritroblaști bazofili, celule tinere din seria roșie. Numărul normoblaștilor a fost redus. Unii autori apreciază gravitatea boalei după raportul care există între celulele tinere și normoblaști.

Reacția măduvei interesează și elementele granulocitare, prin înmulțirea elementelor tinere, promielociti și mieloblaști. După tratamentul cu fier, tabloul mielogramelor s'a modificat, apărând elemente mai adulte, normoblaști, într'un procent crescând, în urma procesului de maturare a elementelor tinere eritroblastice.

În anemiile infectioase, punctia sternală nu prezintă nicio particularitate deosebită. Am găsit mici oscilații în procentajul elementelor, în sensul unei reacții ușoare eritroblastice mielocitare sau limfocitare. Ca un fapt demn de remarcat, amintim reacția plasmocitară și limfocitoză, în infecțiuni cronice (sifilis, tuberculoză).

Anemiile secundare achiliei gastrice sau rezecției gastrice prezintă imaginea mielogramelor cu reacție normoblastică. Nu am evidențiat, în niciun caz, măduvă albastră cu abundență de megaloblaști.

TABLOUL II

Nr. curent	GRADUL ANEMIEI			POLINUCLEARE			METAMIELOCITE			MIELOCITE			Promielociti	Mieloblaști	Feratti	Reticulare	Plasmatic	Limfociti	Megaloblaști	Eritroblaști	Normoblaști	DIAGNOSTICUL CLINIC
	Hematii	Hemo-globină	Valoarea globulară	Neutrofile	Eosinofile	Bazofile	Neutrofile	Eosinofile	Bazofile	Neutrofile	Eosinofile	Bazofile										
1	3.400.000	52%	0,9	28	1	—	9	—	—	9	4	—	3	1	—	2	1	—	1	4	37	Gastrită anocidă Anemie ipocromă
2	3.200.000	60%	1,1	36	2	—	6	—	—	11	1	—	4	—	0,5	1	2	4	0,5	6	37	Gastrită anocidă Anemie ipocromă
3	1.400.000	20%	0,8	30	0,5	—	4	—	—	8	1	—	2	0,5	—	—	—	1	1	16	36	Gastrită anocidă Anemie ipocromă
4	1.000.000	22%	1,3	8	—	—	5	0,5	—	14	0,5	—	2	3	—	—	—	—	2	29	36	Gastrită anocidă Anemie ipocromă
5	3.000.000	60%	1,0	30	2	—	7	2	—	9	4	1	4	—	—	—	1	—	—	6	34	Gastrită anocidă Anemie ipocromă
6	1.200.000	16%	0,7	28	2	—	6	1	—	8	2	—	2	—	1	1	—	—	2	11	39	Gastrită anocidă Anemie ipocromă
7	1.100.000	25%	1,1	13	1	—	7	—	—	13	—	—	2	1	—	1	—	—	—	7	54	Anemie ipocromă
8	1.300.000	27%	1,2	15	—	—	5	—	—	9	1	1	2	1	0,5	0,5	—	—	—	25	40	Anemie ipocromă
9	1.080.000	12%	0,6	30	—	—	9	—	—	9	3	—	0,5	—	—	0,5	—	—	—	7	42	Anemie ipocromă
10	1.200.000	15%	0,5	5	—	—	1	—	—	5	—	—	1	—	—	1	—	—	—	10	77	Anemie ipocromă
11	1.800.000	30%	1,0	30	1	—	9	2	—	10	—	—	2	—	—	—	1	—	—	15	30	Anemie ipocromă
12	2.300.000	35%	0,7	12	—	—	5	—	—	9	1	—	3	—	1	3	2	1	—	6	55	Anemie ipocromă
13	980.000	26%	1,2	12	—	—	4	—	—	3	1	—	3	1	—	2	1	—	1	14	58	Anemie ipocromă
14	2.900.000	40%	0,8	23	—	—	6	0,5	—	7	1	—	1	—	0,5	—	—	—	—	10	52	Gastrită Anemie secundară
15	2.800.000	39%	0,8	23	0,5	0,5	8	2	—	13	0,5	—	5	—	0,5	—	—	—	—	10	37	Ulcer gastro-duodenal Melenă Anemie secundară

Nr. curent	GRADUL ANEMIEI			POLINUCLEARE			METAMIELOCITE			MIELOCITE			Promielociți	Mieloblaști	Ferata	Reticulare	Plasmatic	Limfociți	Megaloblaști	Eritroblaști	Normoblaști	DIAGNOSTICUL CLINIC
	Hematii	Hemo-globină	Valoarea globulară	Neutrofile	Eosinofile	Bazofile	Neutrofile	Eosinofile	Bazofile	Neutrofile	Eosinofile	Bazofile										
16	1 200 000	20%	1 0	35	—	—	8	—	—	12	1	1	2	1	1	2	—	6	—	7	31	Ulcer duodenal Melenă Anemie secundară
17	3.100.000	41%	0.9	23	0.5	—	12	0.5	—	17	0.5	0.5	—	—	—	—	—	—	—	14	33	Ulcer duodenal Anemie secundară
18	3 100.000	42%	0.9	12	0.5	—	6	0.5	—	8	—	—	0.5	—	0.5	—	—	—	—	10	62	Stenoză pilorică Anemie secundară
19	2.500 000	18%	0.4	15	3	—	11	—	—	9	—	—	3	—	1	1	—	—	—	12	44	Hemoroizi Anemie secundară
20	1.070.000	15%	0.8	12	—	—	10	0.5	—	8	0.5	—	2	—	0.5	0.5	—	—	—	29	37	Anemie post hemoragică
21	1.900.000	15%	0.4	20	—	—	6	2	—	9	4	—	1	—	—	1	—	—	—	23	52	Metrorații Anemie secundară
22	650.000	10%	0.9	10	2	—	9	1	—	12	1	—	1	—	1	—	—	1	—	11	52	Pioree olveolară Anemie secundară
23	1.800.000	36%	1.1	20	—	—	10	—	—	6	2	—	1	—	—	—	—	—	—	8	53	Pioree olveolară Anemie secundară
24	1.200.000	25%	1.3	13	—	—	9	—	—	12	—	1	—	0.5	—	0.5	—	—	—	25	36	Pioree olveolară Anemie secundară
25	3.000.000	40%	0.9	7	—	1	7	1	—	11	1	—	3	—	—	7	—	—	—	10	49	Anemie secundară
26	2 300.000	35%	0.7	18	—	—	3	—	—	10	—	—	1	—	1	—	—	—	—	21	46	Anemie secundară
27	2.900.000	40%	0.8	12	0.5	—	6	0.5	—	8	—	—	0.5	—	0.5	—	—	—	—	10	62	Anemie secundară
28	3.000.000	60%	1.0	9	—	—	10	1	—	11	0.5	1	0.5	—	—	2	—	—	—	12	52	Anemie secundară
29	1.960.000	22%	0.7	18	1	—	5	—	—	8	—	—	1	—	—	2	—	2	—	14	49	Endocardită ?
30	2.080.000	65%	1.0	20	1	—	7	—	—	4	—	—	3	—	4	0.5	—	0.5	—	4	60	Sindrom neuro-anemic
31	1.800.000	19%	0.6	16	0.5	—	8	2	—	7	0.5	—	1	—	—	—	—	—	—	14	51	Anemie ipocromă
32	3.100.000	42%	0.9	30	—	—	13	—	—	14	—	—	1	—	—	2	—	—	—	18	31	Anemie ipocromă
33	3.900.000	50%	0.7	14	—	—	15	0.5	—	8	0.5	—	5	—	—	0.5	—	0.5	—	16	40	Anemie ipocromă
34	2.900 000	40%	0.8	18	3	—	11	1	—	16	1	—	2	1	1	2	—	6	—	7	31	Tbc. pulmonară gastrică și cecală cu anemie secundară
35	2.900.000	39%	0.8	24	3	—	11	1	—	14	2	1	2	—	2	—	—	—	—	8	33	Tbc. pulmonară și cecală cu anemie secundară
36	3.000 000	35%	0.7	28	—	—	6	—	—	8	—	—	3	1	—	1	—	3	—	10	40	Sindrom entero-anemic
37	3.900.000	51%	0.8	17	—	—	4	—	—	15	—	—	3	—	—	1	—	—	—	6	54	Sindrom entero-anemic
38	3.600 000	65%	1.0	22	1	—	8	0.5	—	11	2	—	1	—	—	0.5	—	—	—	13	49	Ipovitaminoză cu anemie
39	2.900.000	40%	0.8	15	—	—	17	—	—	24	—	1	2	1	—	1	—	1	—	4	35	Anemie ipocromă
40	3.900 000	49%	0.6	18	—	—	15	0.5	—	8	0.5	—	5	—	—	1	—	1	—	12	46	Anemie ipocromă

Anemiile toxice. Dintre anemiile secundare toxice la care punctia sternală necesită o atenție deosebită, este intoxicația cu plumb. În literatură sunt semnalate câteva publicații răsfețe.

Cele 5 cazuri de intoxicații cu plumb, studiate de noi, precizează valoarea diagnostică a mielogramelor. Trei din cazurile noastre au fost observate din punct de vedere clinic împreună cu *Graur* și *Fodor* și comunicate în *Ardealul Medical*.

Obs. I. — M. E., 32 ani. A consultat foarte mulți medici și servicii spitalicești fără să i se poată preciza diagnosticul. De trei luni slăbește, se anemiează în mod progresiv. Are migrene, dureri abdominale difuze, constipație, vărsături alimentare care survin neregulat. Examinările obiective nu permit stabilirea unui diagnostic. Globule roșii 2.800.000, hemoglobină 50%, polinucleare neutrofile 68%, limfocite 25%, monocite 6%, polinucleare eusinofile 1%. Găsim 3% granulațiuni bazofile. Bolnavă nu prezintă semne de impregnație cu plumb și nu a avut colice abdominale caracteristice.

Pentru studiul anemiei am făcut puncție sternală. Mielograma ne-a arătat reacția normoblastică de 60%, fără ca echilibrul elementelor granulocitare să fie modificat. Ceea ce imprimă o valoare deosebită mielogramei, este prezența celulelor patologice, conținând granulațiuni bazofile 5%. Aceste granulațiuni erau diseminate în normoblaștii policromatofili și oxifili. Unii din ei aveau nucleul alterat, pignotic, cu semne de karyorrhexis.

Geneza acestor leziuni este datorită probabil unei influențe patologice și alterațiuni toxice a eritropoezei, secundare intoxicației cu plumb.

Diagnosticul a fost verificat, punându-se în evidență cantități apreciabile de plumb în urina bolnavului.

Obs. II—III, sunt aproape identice atât în ceea ce privește tabloul clinic, cât și studiul mielogramei.

Obs. IV. — N. G., 24 ani. De 2 ani dureri difuze în abdomen, vărsături, amețeli, fenomene care apar la 2 ore după mâncare. Slăbește în forța fizică, se anemiează. Este tratat de mulți medici. I se face diagnostic de apendicită. După intervenție fenomenele se mențin. Este internat în clinică. Examinările radiologice negative. Găsim numeroase forme vegetative de lamblii în bila B. Interpretăm simptomele ca fiind secundare parazitoei. Tratatul nu dă rezultat. Facem puncția sternală. Mielograma arată ușoară reacție normoblastică de 60%, granulații bazofile 7%. În urina bolnavului am pus în evidență cantități considerabile de plumb.

Obs. V. — B. S. Are simptome clinice asemănătoare. Domină semnele de anemie și dureri abdominale. Examinările clinice și hematologice negative. Mielograma cu aspectul anemiei secundare și granulațiuni bazofile 6%.

Raportul între granulațiunile bazofile din mielograma și tablourile sanghine, în cazurile noastre, a fost de 5:3, 7:1, 6:0. Aceste valori arată în mod suficient importanța practică a puncției sternale, pe care o credem indicată în toate cazurile de intoxicație cu plumb cu simptome clinice incomplete, dar mai ales în formele în care lipsesc granulațiunile în sângele periferic.

Anemiile emolitice. În anemiile emolitice am studiat măduva osoasă la icterul emolitic câștigat. Mielograma trădează un proces hiperplastice, eritropoetic. Reacția poate fi eritroblastică sau normoblastică, ajungând până la 60—70% cu multe forme în mitoză. Numărul elementelor tinere eritroblastice este foarte

crescută în faza de crize emolitice; găsim celule reticulare într'un procent mărit.

Anemia aplastică. Este un sindrom complex, datorită unuia proces regresiv la nivelul măduvei osoase, care duce la diminuarea funcțiunii hematopoetice. Diagnosticul diferențial al anemiei aplastice numai după semnele clinice și hematologice este uneori foarte dificil față de unele afecțiuni sangvine. În prima fază a leucemiei acute, înainte de apariția tabloului sanguin leucemic găsim semne asemănătoare anemiei aplastice. Se cunosc însă și forme atipice ale anemiei aplastice, care se manifestă cu elemente tinere mieloidale la periferie. Această analogie clinică și hematologică a determinat pe autori să studieze măduva osoasă, pentru a găsi caracteristicile ce o diferențiază de alte afecțiuni. Până în prezent se cunosc puține lucrări care s-au ocupat de aspectul mielogramelor în această afecțiune.

Sunt cazuri cum a fost și unul dintre cele observate de noi — la care măduva era atrofică, de unde și numirea de fizioză măduvel. Prin puncție am extras un conținut grasos, ceea ce denotă o insuficiență remarcată a măduvei. Microscopic găsim foarte puține elemente, 3—4 pe câmp. Mieloblaștii sunt într'un procent redus, 3—4%, având o structură morfologică alterată. Domină limfocitii 78%, restul tabloului fiind completat de celulele plasmactice, monocite și celule rearticulare. Lipsesc celelalte elemente din seria mieloidă.

Un alt caracter important este raritatea sau absența celulelor din seria eritroblastică. Nu se văd figuri de mitoză.

Cazul nostru se încadrează foarte bine în tabloul panmielofitiei, fiind interesate și deranjate toate trei sistemele emato-formatoare (leucopoetic, trombopoetic și eritroblastic).

În anemia aplastică, mielograma poate prezenta și alte variante, în funcție de alterațiunile care interesează în mod parțial măduva. În aceste cazuri, procentul mieloblaștilor este mărit, fără însă să se ajungă la un număr ridicat, ca în leucemia acută. Măduva fiind insuficientă, nu e capabilă să diferențieze elementele din seria granulocitară până la formele adulte deci nu poate furniza organismului elemente sanghine atât calitativ, cât și cantitativ. Promielocitii, mielocitii, metamielocitii, adulții lipsesc. Megacariocitii sunt diminuați spre deosebire de trombopenie. Din seria eritocitară găsim numărul de normoblaști redus.

Această formă de anemie aplastică are prognostic bun. Schulten descrie anemiile cu hiperplasie compensativă. Măduva însă este incapabilă să trimită la periferie elemente sanghine active. Sunt și forme grave, unde puncția este negativă, măduva osoasă având aspect reticular, din cauza procesului de arterioscleroză.

În *aleucia emoragică* descrisă de *Franck*, puncția sternală arată o carență a sistemului granulocitar, iar

în formele cu diateză emoragică, megacariocitii sunt complet dispăruți.

Poliglobulina și policitemia. Formula mielogramelor în cazuri de policitemii și poliglobulii nu are particularități deosebite pentru clarificarea și precizarea diagnosticului. Am găsit și noi într'un caz ușoare modificări în ce privește cele trei sisteme generatoare ale măduvei osoase. Mielopoeza, eritropoeza și megacariocitoza au fost active. Măduva punctată are aspect roșetic din cauza băgățele de element și concentrării în englobină datorite proliferării țesutului eritropoetic. Elementele din seria roșie sunt într'un procent de 35—40%, cu accentuarea formelor tinere. Celulele mari megacariocitare, cu protoplasmă intens albastră, au fost în proporție de 1%. *Klima* descrie cazuri cu reacția aparatului leucocitar, pe care le consideră ca forme de trecere spre leucemie.

Dăm observația cazului tratat în serviciul nostru. G. K. 57 ani. Vine în clinică pentru dispnee, oboseală la efort, cianoză, dureri de cap și amețeli.

Globule roșii 8 500 000, hemoglobina 97% (*Sahli*). Leucocite 9000. Formula sanguină normală.

Mielograma: Polinucleare neutrofile 17%, polinucleare eozinofile 0,5%, metamielocite neutrofile 19%, metamielocite eozinofile 0,5%, mielociți neutrofilii 15%, mielociți eozinofili 3%, mielociți bazofili 1%, promielociți 3%, mieloblaști 3%, eritroblaști 18%, normoblaști 21%, megacariociți 1%.

Mielograma în tumori. Autorii cari s'au ocupat cu studiul măduvei osoase au dat o atenție deosebită mielogramelor în cazuri de tumori maligne. Concluzia la care s'a ajuns până în prezent este acceptată de de toți cercetătorii. Metoda este considerată ca lipsită de importanță prea mare diagnosticul fiind stabilit prin examenul clinic și radiologic. Punerea în evidență a celulelor maligne în mielogramă ar avea mai mult o valoare științifică de verificare a diagnosticului. Prin această metodă se dă posibilitatea de a face biopsie prin simplă puncție.

Evidențierea elementelor tumorale nu este prea ușoară. Se cere experiență îndelungată și cunoștințe temeinice pentru a diferenția celulele maligne de unele celule cu o structură morfologică asemănătoare elementelor cari se găsesc în mod normal în măduvă.

În cursul celor 3 ani de când studiem puncția sternală, am căutat să verificăm prezența celulelor maligne în 18 cazuri de tumori.

La bolnavii noștri cancerul a fost localizat în tubul digestiv (stomac, ficat, intestin), pulmon, mamă. Am avut și un caz de sarcom primitiv osos. Prin puncții repetate am reușit să demonstrăm celulele caracteristice numai la 6 bolnavi, (trei cazuri de cancer primitiv localizat la stomac, 1 la ficat, 1 la mamă, 1 sarcom osos). Aspectul morfologic al celulelor nu este identic. Ele se diferențiază prin forma, mărimea și frecvența lor.

În câteva mielograme am găsit celule mari gigantice cu protoplasmă subțiată, având conturul neprecis,

protoplasma uneori omogenă, alteori granulată, cu numeroase vacuole din cauza degenerării grase. Celula are culoare albastră, nu prea intensă cu o nuanță rozată la periferie. Nucleul este mare, localizat la centru sau periferic, cu nucleoli multipli. Ca formă este rotund, turtit, neregulat. Unele celule au nucleoli multipli cu figuri de mitoză.

În afară de elementele canceroase mari, am găsit celule variate cu dimensiuni mai mici, cu protoplasmă mai puțin extinsă, cu nucleul turtit sau rotund, având cromatină abundentă.

Diagnosticul celulelor canceroase este ușor atunci când le găsim în grupuri, mai ales dacă tumora este într'o fază evolutivă, cu metastază bogată. Am găsit însă celule multiple izolate, desemiuate între elementele medulare. În aceste cazuri este riscat a enunța diagnosticul, observând o singură celulă. Adeseori se face confuzie cu celulele reticulare, cari au structura morfologică foarte asemănătoare cu celulele canceroase. Diagnosticul este și mai greu dacă în mielogramă celulele reticulare sunt într'un procent mai mare.

Puncția sternală ne-a adus un serviciu real la unul din bolnavii noștri, care a fost îndrumat în clinică cu diagnosticul de adenopatie cervicală secundară unei supurații dentare. În mielogramă am pus în evidență un conglomerat de celule maligne. Examenul radiologic al stomacului a prezentat toate caracterele neoplasmului localizat pe curbura mică.

Celulele maligne din măduvă nu pot da indicații asupra localizării primitive a cancerului, ele însă atrag atenția, că în organism există țesut anormal. După unii autori celulele mici ar pleca de la cancerul bronșic.

Și sarcomul dă metastaze la nivelul măduvei osoase. Celulele sarcomatoase au dimensiuni mai mici nucleul fuziform. Prezența celulelor sarcomatoase poate indica tendința agresivă a tumorii. În acest caz nu lipsesc nici figuri de mitoză.

Puncția sternală are valoare diagnostică încontestabilă în cazuri de mielom. În statistica noastră, aceasta varietate tumorală nu figurează.

Formula mielogramelor în tumori nu are particularități deosebite. Pe câmpul microscopic numărul elementelor nu e prea mare. Sărăcia de celule este și mai exprimată în cazurile evolutive cu anemie pronunțată. În cele mai multe cazuri am găsit reacție ușoară normoblastică. Înmulțirea celulelor plasmatice este înconstanță.

La un bolnav numărul elementelor din seria granulocitară a fost mărit, procentul mielocitelor ajungând la 32%, cu lipsa reacției normoblastice.

Metaplazia ușoară mieloidă fără reacția mieloblastică exclude diagnosticul de leucemie, sau stare leucemoidă.

Nu am găsit măduvă osoasă cu caracter aplastic la niciunul din cazurile studiate.

Scilloral

Glicosidul cardiac
maniabil cu mari po-
sibilități de dozare.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT · CHEM. FABRIK · BRACKWEDE

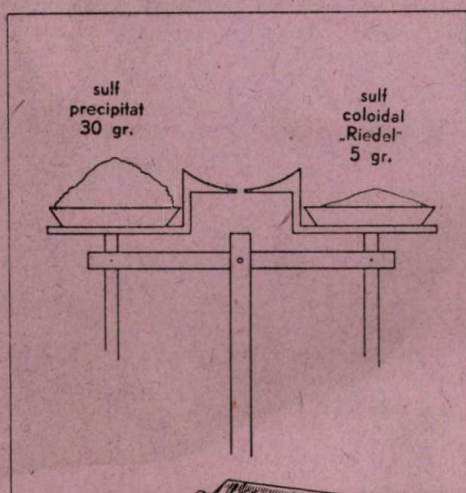


Literatură și eşantioane vă
stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R., Strada Șt. Ionică No. 8, București

CATAMIN

conține SULF COLOIDAL

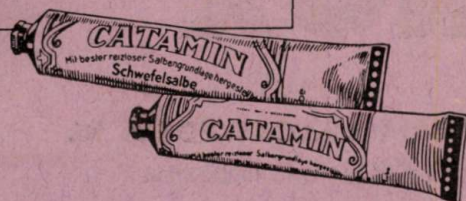


Grație concentrației mici se evită
iritațiunile.

Acțiunea puternică este asigurată
prin dispersiunea în particule mici.

Indicațiuni:

Scabie
Pitiriază
Eczeme
Prurigo
Intertrigo
Acnee



Forme de prezentare: Tuburi de 30 și 55 gr.

J. D. RIEDEL E. de HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK
București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

CALCIRON TRENKA

Guajacol - Calciu - Sirop de Malt

Gust foarte plăcut. Îl iau cu plăcere și copiii mici.

Ambalaje originale de 100 și 300 gr.

Ambalajul de 300 gr. costă cât 2 de 100 gr.

EUCARBON TRENKA

Ambalaj original de 40 și 100 Tablete.

— Unul dintre cele mai probate și eficace produse germane —

REPREZENTANT:

Mr. G. HIETSCH, Sibiu - Strada Gh. Coșbuc Nr. 15

Laborator chimico-farmaceutic

Somniferul cu efect sigur

chiar și în doze mici
($\frac{1}{2}$ tabletă), somn recon-
fortant și o deșteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX



ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.

Literatură și eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, București

TABLOUL III

Nr. curent	POLI-NUCLEARE			META-MIELOCITE			MIELOCITE			Promielocite	Mieloblaști	Ferata	Reticulare	Plasmice	Limfocite	Monocite	Eritroblaști	Normoblaști	Celule Tumoraie	DIAGNOSTICUL
	Neutrofile	Eosinofile	Bazofile	Neutrofile	Eosinofile	Bazofile	Neutrofile	Eosinofile	Bazofile											
1	32	—	—	7	—	—	11	—	—	1	—	—	1	—	—	—	9	38	1	CC Gastric cu metastaze ganglionare
2	26	—	—	7	1	—	10	—	—	10	2	—	1	—	1	—	7	40	1	CC primitiv al ficatului
3	28	—	—	10	—	—	12	—	—	0.5	1	—	—	—	1	—	5	40	3	CC Gastric cu metastaze osoase
4	14	2	—	10	2	—	8	1	—	3	—	—	2	—	—	—	10	46	2	CC Gastric cu metastaze osoase
5	23	—	—	10	—	—	15	2	—	5	1	—	—	4	2	—	14	23	1	CC al mamelei
6	35	—	—	8	—	—	18	—	—	2	1	—	1	3	4	—	3	22	3	Sarcom pulmonar cu metastaze osoase
7	25	1	—	12	1	—	13	1	—	1	—	—	—	—	1	2	7	36	—	Stenoză pilonică malignă cu metastaze viscerale
8	25	2	—	12	1	—	28	5	—	4	—	—	—	1	4	5	7	6	—	CC Gastric cu metastaze în ficat
9	15	1	—	4	—	—	8	2	—	1	—	0.5	0.5	—	—	—	20	48	—	CC Gastric
10	28	—	—	11	—	—	13	1	—	1	1	—	—	—	—	—	4	42	—	Linită plastică Tumora renală
11	17	1	—	13	—	—	16	—	—	3	2	—	—	—	—	—	4	43	—	Reticulo-sarcom
12	25	1	—	8	—	—	11	—	—	3	—	1	1	—	—	—	4	46	—	CC al colonului
13	28	—	—	13	—	—	8	1	—	0.5	—	3	3	—	—	2	7	37	—	CC hepatic cu metastaze pulmonare
14	10	—	—	15	—	—	17	1	—	3	—	—	—	3	4	—	6	41	—	Polipoză gastrică malignă

Mononucleoza infecțioasă. Sîndromul mononucleozel infecțioase nu are cadru clinic bine definit. În afară de forma obișnuită, caracterizată prin angină, polladenopatie, mononucleoză sanghină și reacția *Hângănuf* — *Deichen* pozitivă, pot surveni forme atipice care sunt greu de diferențiat, mai ales față de agranulocitoză și leucemie.

Punctia sternală, asociată și confruntată cu tabloul sanguin periferic în mononucleoza infecțioasă, posedă o importanță diagnostică deosebită.

Am urmărit reacția măduvei osoase în 10 cazuri. Împărțim bolnavii noștri în 2 categorii.

I. Un grup mai mare, la care mononucleoza domină tabloul sanghin, fără să putem semnală cea mai mică reacție din partea măduvei osoase. 6 bolnavi au

prezentat semnele clinice de angină, ascensiuni febrile, adenopatii dureroase și leucocitoză.

Examenul hematologic indică, în 4 cazuri, 50—72% limfociti atipici, iar în 2 cazuri numărul monocitelor atipice variază între 50—60%. La toți acești bolnavi mielograma și-a păstrat aspectul polimorf normal, ceea ce ne-a permis să excludem diagnosticul de leucemie limfatică sau monocitară.

Tot cu ajutorul punctiei sternale facem diagnosticul diferențial cu agranulocitoza, imaginea mielogrammei fiind normală într-un caz de leucopenie fără elemente granulocitare în sângele periferic.

II. Al doilea grup cuprinde cazuri la care am constatat un paralelism între măduvă și sângele periferic. La 4 bolnavi mielograma reflectează imaginea

elementelor nucleare din tabloul sanghin atât ca formă, cât și ca număr.

La prima impresie, mielograma ne frapează prin dominarea elementelor atipice. Tabloul este asemănător la aparență cu unele forme de leucemii acute. Lipsa anemiei, starea generală bună, sunt simptome care nu cadrează cu diagnosticul leucemiei acute. Dacă identificăm caracterele elementelor medulare, constatăm lipsa formelor tinere care sunt descrise în leucemia monocitară și lipsa limfocitelor care ar trebui să fie prezente în leucemia limfatică acută. Granulocitele au fost diminuate ca număr, procentul mononuclearelor însă ridicat, din punct de vedere morfologic elementele având aspect asemănător cu cele din sângele periferic. Am găsit în 2 cazuri reacții limfoide cu limfociti atipici, celule cu nucleul mare, puțin excentric, având cromatina nu prea intensă. Protoplasma este hialină, mai bogată ca la limfocitii obișnuiți. Proporția acestor elemente a variat între 58—68%. La doi bolnavi, monociti atipici sunt în proporție aproape egală de 20—30%. Elementele monocitoide au nucleul spongios puțin lobat sau ondulat. Protoplasma are culoarea albastră, fără granulațiuni azurofile.

În faza de regresie a bolii mielograma revine la normal.

Cele două varietăți de mielograme semnalate de noi în mononucleoza infecțioasă, rezolvă discuția contradictorie între grupul de hematologi care descriu în toate cazurile imaginea de mielograme normale, și între puținii autori care au observat modificări evidente în citologia medulară.

Aspectul variat al mielogramelor în mononucleoza infecțioasă arată reacția complexă produsă de virusul limfadenotrop interesând uneori și țesutul medular. Nu este o hiperplazie a țesutului mieloid, ci o hiperplazie a țesutului reticular, nu în sens leucemic, ci probabil numai un proces iritativ, care modifică echilibrul celular, prin apariția și înmulțirea celulelor limfoide sau monocitoide derivate din sistemul reticulo-endotelial.

Afecțiuni hepatice. Ficatul și splina fiind organe hematopoetice, am studiat modificările mielogramelor în unele hepato-splenomegalii.

În patru cazuri de ciroză hepatică cu leucopenie formula mielogramelor nu arată modificări prea evidente. Celulele reticulare, plasmatice remarcate de unii autori le-am găsit în proporții normale.

În cazuri de sindrom *Banti* (hepato-splenomegalie, anemie, cu sau fără ascită în cavitatea peritoneală) mielograma arată o reacție normoblastică evidentă (48—74%) ca în anemiile cu caracter hipocrom.

Medulocultura. *Henry Bonnet, Robert Broca*, au atras atenția asupra importanței puncției sternale în diagnosticul stărilor infecțioase. S'a studiat în mod pa-

rale rezultatele obținute din medulocultură și sângele recoltat din venă. Într-o serie de cazuri medulocultura ar fi dat rezultate pozitive față de culturile sterile care s'au obținut din sângele periferic.

Sângele din măduvă se crede că este mai bogat în bacterii din cauza sistemelor capilare, care rețin în rețeaua lor microbii timp mai îndelungat.

După *Stortis* culturile obținute prin puncția sternală își au indicația în perioada de debut a febrei tifoidă, când emocultura este negativă, iar seroaglutinația nu se produce.

Se descriu rezultate pozitive și în cazuri de endocardite cu infecții streptococice.

Autorii recunosc superioritatea meduloculturii față de splenocultură. Splina fiind organ bogat în granulocite adulte și fermente proteolitice — are o funcție antibacterică activă.

În câteva cazuri am făcut și noi însămânțări din măduva osoasă, obținând culturi de streptococi la 2 bolnavi, care sufereau de agranulocitoză. În febra tifoidă rezultatele nu au fost superioare emoculturii.

• • •

Mielogramele numeroase descrise și interpretate în lucrarea noastră, credem că demonstrează importanța puncției sternale ca metodă simplă, inofensivă, de care clinica modernă nu se mai poate lipsi în diagnosticul, prognosticul și terapia sindromelor sanghine.

Concluzii

1. Puncția sternală este o metodă ușor practicabilă, reușind aproape întotdeauna recoltarea de substanță medulară.
2. Mielograma obținută prin această metodă permite diagnosticul diferențial în afecțiunile atât ale sistemului leuco, cât și eritropoetic.
3. Mielograma este determinantă în diagnosticul mai ales în stările aleucemice, cât și în anemii când la periferie nu constatăm nimic patologic în sânge.
4. Mielograma în unele cazuri permite facerea unui prognostic — indicând ameliorările și agravările bolii.

CLINICA MEDICALĂ I DIN CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. Iuliu Hațieganu

RESUMÉ

L'importance clinique de la ponction sternale dans le diagnostic des maladies sanguines

Cette étude comprend le résultat des recherches entreprises par la Clinique Médicale I de Cluj-Sibiu sur la ponction sternale, sur sa valeur diagnostique et pronostique.

On expose d'abord les variations de la myélogramme normale dans 25 cas, après on étudie la myélogramme dans divers états pathologiques, surtout dans les maladies sanguines.

Dans les leucémies aiguës, chroniques on insiste sur le diagnostic différentiel, que la ponction sternale peut fournir entre ces états pathologiques.

On étudie aussi la lymphogranulomatoze, l'agranulocytose, la thrombopénies, les anémies. Dans toutes ces maladies on a décrit de façon détaillée le caractère histopathologiques des éléments figurés de la série blanche et rouge.

Des cas intéressants présentant une importance pratique sont les 5 cas d'intoxications par le plomb observés par les auteurs.

Sur 6 des 18 cas de tumeurs malignes on a mis en évidence des cellules tumorale.

La myélogramme a une importance particulière dans les mononucléoses infectieuses et dans les diverses affections hépatiques.

Les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

1. La ponction sternale est une méthode facilement praticable, on réussit à peu près toujours à obtenir de la substance médullaire.

2. La myélogramme obtenue par cette méthode permet le diagnostic différentiel dans les affections du système leuco- et erythropoétique.

3. La myélogramme est déterminante pour le diagnostic surtout dans les états aleucémiques et dans les anémies quant, à la périphérie, on ne constate rien dans le sang.

4. La myélogramme permet dans quelques cas de faire un pronostic en indiquant les améliorations et les aggravations de la maladie.

ZUSAMMENFASSUNG

Die klinische Bedeutung der Sternalpunktion in der Diagnose der Blutkrankheiten

Diese Arbeit umfasst das Ergebnis der in der I. Medizinischen Klinik Cluj-Sibiu angestellten Untersuchungen über die Sternalpunktion, ihren diagnostischen und prognostischen Wert.

Nach einer kurzen Zusammenfassung der Geschichte der Punktion und des normalen Myelogramms, wobei die normale Formel mit ihren Variationen an 25 Fällen dargestellt wurde, haben wir das Myelogramm in verschiedenen pathologischen Zuständen, besonders in Blutkrankheiten studiert. So in akuten chronischen aleukämischen Leukämien und chronischen Leukämien, den differentialdiagnostischen Wert der Sternalpunktion zwischen Leukämien und leukämoiden Zuständen und die morphologischen Eigenlichkeiten der vorhandenen Elementen zeigend.

Eine andere Serie der studierten Erkrankungen waren : Lymphogranulomatoze, Granulocytose und Thrombopenie.

Ein interessantes Kapitel ist das Studium des perniziösen, sekundären, essentiell hypochromen, toxischen, hämolytischen und aplastischen Anämien.

In allen diesen Formen wurde der histopathologische Charakter der weissen und roten Blutkörperchen eingehend beschrieben, nachdem durch wiederholte Punktionen während der Behandlung die qualitative und quantitative Veränderung derselben verfolgt wurde.

Gehreichte Fälle mit praktischem Interesse stellen die Bleivergiftungen dar, von welchen wir 5 beobachtet haben.

Die malignen Geschwülste ergeben seltener medulläre Lokalisationen. Von 18 Fällen haben wir nur 6-mal Tumorzellen gefunden.

Eine besondere Aufmerksamkeit haben wir dem Myelogramm in der infektiösen Mononucleose geschenkt.

In verschiedenen Erkrankungen der Leber haben wir ausser einer normoblastischen Reaktion, (Banti-Syndrom) keine Veränderung der Zellen feststellen können.

Aus unseren Untersuchungen folgern wir :

1. Die Sternalpunktion ist eine leicht anwendbare Methode und es gelingt fast immer Rückenmarksubstanz zu erhalten.

2. Das durch diese Methode erhaltene Myelogramm ermöglicht die Differentialdiagnostik, sowohl bei Erkrankungen des Leuko- als auch des Eritropoetischen Systems.

3. Das Myelogramm ist entscheidend bei der Diagnose zumal in aleukämischen Zuständen als auch bei Anämien, wenn wir an der Peripherie im Blute nichts konstatieren können.

4. Das Myelogramm gestattet in manchen Fällen die Aufstellung einer Prognostik, Verbesserungen und Verschlimmerungen anzeigend.

Contribuțiuni la studiul acțiunii substanțelor simpatico-și parasimpaticotrope asupra morfologiei larvelor de amfibiene anure

de

Profesor **Dr. V. Papilian** și **Dr. V. Preda**

Studiul creșterii și metamorfozei larvelor de amfibiene anure a incitat pe embriologi să cunoască natura intimă a acestor fenomene. Pentru aceasta s'au făcut cercetări privind modificarea procesului normal

de creștere și metamorfoză, pentru ca în felul acesta să se pătrundă în intimitatea mecanismului morfolologic și fiziologic care stă la baza acestui proces. Modificările făcute până în prezent au avut drept bază

întrebuințarea emulsiilor și extractelor de organe, mai ales a glandelor cu secreție internă, pentru a stabili acțiunea lor asupra creșterii și metamorfozei.

Astfel efectul extractului tiroidian este de a accelera metamorfoza și de a încetini creșterea. Timusul întârzie metamorfoza și grăbește creșterea, hipofiza grăbește creșterea și metamorfoza, suprarenala grăbește ușor creșterea și întârzie metamorfoza, testiculul produce o ușoară accelerare a creșterii, iar ovarul o încetinire a creșterii, epifiza accelerează metamorfoza, paratiroida accelerează creșterea și metamorfoza, splina întârzie metamorfoza și grăbește creșterea; inima, ficatul și creierul accelerează creșterea și metamorfoza (extras din Lesné - Binet și Plămădeală).

Cunoscând aceste date și față de rezultatele generale atât de importante obținute prin pilocarpină la bolnavi am căutat și noi să vedem care este acțiunea substanțelor simpatico- și parasimpaticotrope asupra morfologiei larvelor de amfibieni anure. Pentru aceasta ne-am adresat adrenalinei 1⁰/₁₀₀, pilocarpinei 1⁰/₁₀ și atropinei 1⁰/₁₀, ca substanțe simpatico- și parasimpaticotrope și larvelor de *Bombinator pachipus*, ca material experimental.

Tehnica întrebuițată a fost următoarea: Au fost luate ouă de *Bombinator pachipus* în stadiul de nerulă și puse în loturi de câte 20 de nerule de mărimi egale, în borcane de 100 cmc. cu apă de baltă. Primul borcan n'a conținut decât apă de baltă, cele 20 de nerule servind drept martori. În al doilea borcan s'a pus 100 cmc. apă de baltă și o cantitate de 5 cmc. adrenalină 1⁰/₁₀₀. Al treilea borcan conține 100 cmc. apă de baltă și 5 cmc. pilocarpină 1⁰/₁₀. În fine al patrulea borcan conținea 100 cmc. apă de baltă și 5 cmc. atropină 1⁰/₁₀. Am făcut două serii de astfel de borcane, fiecare conținând câte 20 de nerule, pentru a preveni orice accident. Apa de baltă și substanța farmacodinamică a fost schimbată zilnic, transportarea mormolocilor în vasul cu apă proaspătă făcându-se cu ajutorul unei pipete. Când mormolocii au ajuns la un stadiu mai înaintat li s'a dat hrană constituită din foi de salată fiartă. Borcanele conținând larvele supuse experiențelor, au fost ținute pe o masă din laborator, astfel încât variațiile de temperatură a mediului în care ele se găseau, erau în raport direct cu temperatura sălii.

Mortalitatea larvelor a fost diferită după mediul întrebuițat. Cea mai mare mortalitate am avut-o la larvele tratate cu atropină, ele murind aproape toate. N'am putut menține dintre larvele tratate cu atropină, decât o singură larvă, timp de 10 zile. La adrenalină și la martori, mortalitatea a fost foarte mică. În schimb la larvele tratate cu pilocarpină, mortalitatea a fost nulă.

La câteva ceasuri de tratament, mormolocii din borcanul cu adrenalină încep să se cațere pe pereții

vasului, de care aderă prin ventuzele lor. Mai târziu se urcă pe pereții vasului și larvele din borcanul cu pilocarpină, urmate în ultimul rând de martori. Mormolocii tratați cu atropină rămân pe fundul vasului.

Începând cu a 8-a zi dela începutul tratamentului, li se administrează hrana constituită din foi de salată fiartă. Larvele de adrenalină și pilocarpină mănâncă hrana cu aviditate, Cei din borcanul cu atropină mănâncă foarte încet și foarte puțin.

Larvele tratate cu pilocarpină sunt cele mai agile și înoată întruna la suprafața apei. Cele dela atropină, care au mai rămas în vieață, rămân liniștite la fundul vasului.

La 10 zile dela începutul tratamentului, se observă deosebiri în lungimea totală și în volumul larvelor. Larvele dela pilocarpină sunt cele mai mari fiind urmate în mărime de cele dela adrenalină, apoi de martori și în fine de larvele tratate cu atropină (figura 1).

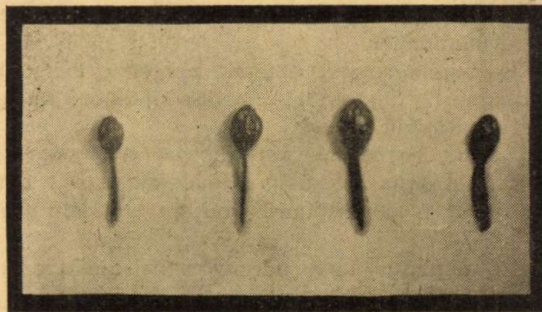


FIG. 1

Dela stânga la dreapta: normal, adrenalină, pilocarpină, atropină. După 10 zile de tratament.

Iată un tablou al variațiilor de mărime, la 10 zile dela începerea tratamentului:

	Lungimea corp.	Lățimea corp.	Coada	Total corp-coadă
Pilocarpină	7 mm	5 mm	9 mm	16 mm
Adrenalină	6 "	4 "	9 "	15 "
Martor	5 "	3 "	8 ¹ / ₂ "	13 ¹ / ₂ "
Atropină	5 "	3 "	8 "	13 "

La 15 zile dela începutul tratamentului ordinea rămâne aceeași (figura 2):

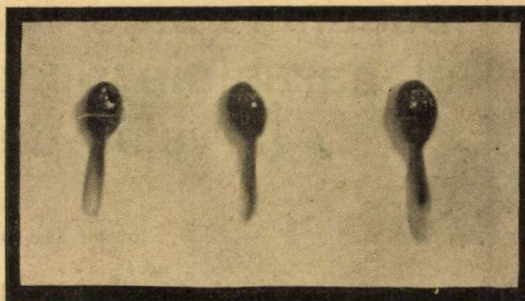


FIG. 2

Dela stânga la dreapta: normal, adrenalină, pilocarpină. După 15 zile.

	Lungimea corp.	Lăţimea corp.	Coadă	Total corp. coadă
Pilocarpină	8 1/2 mm	5 1/2 mm	11 mm	19 1/2 mm
Adrenalină	7 1/2 "	5 1/2 "	10 "	17 1/2 "
Martor	7 "		9 1/2 "	16 1/2 "

La 20 zile dela începutul tratamentului apar la larvele tratate cu pilocarpină şi adrenalină, membrele

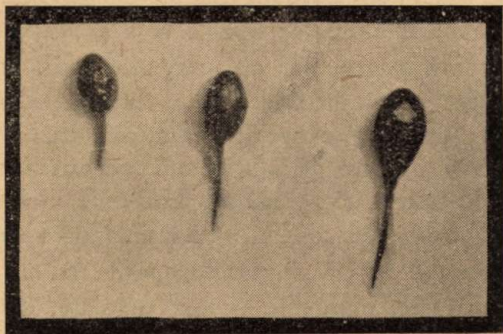


FIG. 3

Dela stânga la dreapta : normal, adrenalină, pilocarpină.
După 20 zile.

posterioare. Ele sunt mai lungi la pilocarpină (2 mm) decât la adrenalină (1 1/2 mm) (figura 3). Dimensiunile larvelor la această dată sunt :

	Lungimea corp.	Lăţimea corp.	Coadă	Total corp. coadă
Pilocarpină	9 1/2 mm	6 1/2 mm	11 1/2 m	21 mm
Adrenalină	9 "	6 "	11 "	20 "
Martor	7 1/2 "	5 1/2 "	10 "	17 1/2 "

La 27 zile dela începutul tratamentului apar şi membrele posterioare ale martorului (1 1/2 mm). Membrele posterioare ale larvelor tratate cu pilocarpină şi adrenalină sunt mult mai lungi şi sunt deja diferen-

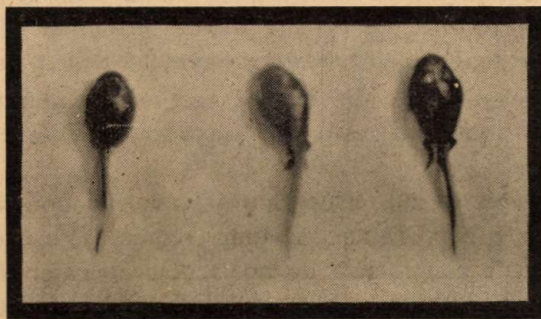


FIG. 4

Dela stânga la dreapta : normal, adrenalină, pilocarpină.
După 27 zile.

ciate în coapsă, gambă şi labă. Membrele posterioare ale larvelor tratate cu pilocarpină au 4 mm, iar a celor tratate cu adrenalină au 3 mm lungime. Lungimea totală a larvelor se vede în (figura 4). La această dată găsim următoarele dimensiuni :

	Lungimea corp.	Lăţimea corp.	Coadă	Total corp. coadă
Pilocarpină	11 1/2 mm	7 mm	14 mm	25 1/2 mm
Adrenalină	11 1/2 "	7 "	13 "	24 1/2 "
Martor	10 "	6 "	12 "	22 "

La 36 zile, larva crescută în pilocarpină este caracterizată prin apariţia membrelor anterioare şi prin atrofierea cozii. Membrele anterioare ale larvei tratate cu pilocarpină au o lungime de 4 mm, iar membrele posterioare de 8 mm. Larvele tratate cu adrenalină se

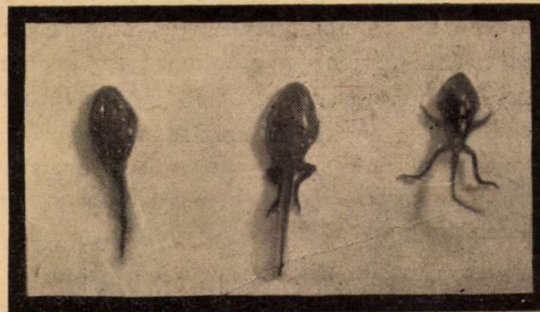


FIG. 5

Dela stânga la dreapta : normal, adrenalină, pilocarpină.
După 36 zile.

caracterizează prin faptul că membrele lor posterioare se aşează în unghiu şi au o lungime de 6 mm. Martorul are membrele posterioare de 2 1/2 mm (figura 5).

În concluzie se poate spune că :

1. Adrenalina şi pilocarpina accelerează creşterea şi metamorfoza larvelor de amfibieni anure. Din singurul mormoloc pe care l'am putut păstra în viaţă se poate presupune că atropina întârziează creşterea larvelor.

2. Pilocarpina accelerează mai repede creşterea şi metamorfoza decât adrenalina.

RÉSUMÉ

Contributions à l'étude de l'action des substances sympathico- et parasympathicotropes sur la morphologie des larves d'amphibiens anures

Par des expériences faites sur des larves de *Bombinator pachipus* on a constaté que l'adrénaline et la pilocarpine accélèrent la croissance et la métamorphose des larves d'amphibiens anures

La pilocarpine accélère davantage la croissance et la métamorphose que l'adrénaline.

ZUSAMMENFASSUNG

Beiträge zum Studium der Wirkung der sympathico- und parasympathicotropen Substanzen auf die Morphologie der anuren Amphibien-Larven

Durch die an *Bombinator pachipus* Larven gemachten Erfahrungen. wurde festgestellt, dass Adrenalin und Pilocarpin das Wachstum und die Metamorphose anuren Amphibien-Larven fördert. Das Pilocarpin fördert das Wachstum und die Metamorphose schneller als Adrenalin.

Considerațiuni asupra faringotifusului

de

Conf. Dr. Ion Gavrilă

Se știe că febra tifoidă într'un număr redus de cazuri începe nu cu simptomatologia ei clasică, ci sub masca afecțiunii unui organ și în acest caz se vorbește de tifusul organului respectiv. Astfel când febra tifoidă începe sub masca unei pneumonii se vorbește de pneumotifus și așa mai departe de pleurotifus, bronchotifus, artrotifus, meningotifus etc. Este vorba în aceste cazuri de *debutul mascat* al febrei tifoide.

În toate aceste împrejurări bacili tifici se localizează dela începutul bolii în predominență pe organul interesat producându-se simptomatologia clinică a afecțiunii acestui organ deja din prima zi de boală. În aceste cazuri febra tifoidă se confundă de obicei la început cu afecțiunea organului respectiv și numai evoluția clinică ulterioară, precum și analizele de laborator fac diagnosticul adevărat.

Un început mascat rar al febrei tifoide îl constituie *faringotifusul*, de aceea ne permitem de a insista puțin asupra acestei localizări în legătură cu 2 astfel de cazuri observate de noi.

Iată întâi observațiunile noastre :

Obs. 1. S. B. bărbat de 18 ani, intră în serviciul de contagioși din Spitalul Sibiu la 15 Aug. 1941. Este bolnav de 8 zile. Boala a început cu temperatură, dureri în gât la deglutiție, dureri în întreg corpul, fenomene cari apoi s'au menținut constant. Durerile în gât la înghițire supărând mai mult pe bolnav, este chemat un medic otorinolaringolog, care într'adevăr constată o amigdalită cu ulcerăriuni, prescrie bolnavului un tratament desinfecant local și unul general cu sulfamide. Bolnavul este tratat astfel la domiciliu timp de 7 zile, în care timp nu se constată nici o ameliorare, temperatura se menține înaltă și continuă, starea generală devine mai rea, se prezintă fenomene de agitație nervoasă, delir.

Intreagă această stare generală rea a bolnavului ne putând fi explicată din partea medicului otorinolaringolog numai prin amigdalita ulceroasă prezentă, bolnavul este trimis în serviciul nostru pentru ai preciza diagnosticul.

La intrarea în serviciu bolnavul prezintă următoarele : temperatură înaltă, 40°, stare tifoidă pronunțată, somnolență, adinamie profundă, câteodată ușoară agitație, delir, pulsul 108, deci bradicardie relativă, meteorism moderat, rozeole tifice pe abdomen și pe partea anterioară a toracelui, splenomegalie.

Însă acuzele subiective principale ale bolnavului erau din partea cavității faringee : dureri pronunțate

la înghițire, ceea ce îl supăra extrem de mult. Într'adevăr la examenul cavității bucale și naso-faringee se constată următoarele : buzele arse și crepate, limba foarte prăjită și crepată, cu marginile roșii, limba tremură, secreția bucală este foarte diminuată. Amigdalele sunt iperemice, acoperite cu mucozități, pe ambele se constată o serie de ulcerăriuni simetrice, aceleași ulcerăriuni există și pe stâlpi. Leziunile acestea sunt de formă ovală, cu diametrul mai lung de aproximativ 8 mm, paralel cu stâlpii, sunt acoperite cu un depozit albicios-cenușiu, marginile lor sunt regulate, de culoare roșie.

Examenul clinic arată deci că este vorba de o febră tifoidă, cu toate simptomele clinice prezente, care boală însă a început cu fenomene faringee și apoi s'a dezvoltat sindromul tifoid.

Examenul de laborator confirmă acest diagnostic clinic dând următorul rezultat : hemocultură pozitivă pentru bacili tifici, reacția Widal la intrare este negativă, bolnavul fiind numai în a 7 a zi de boală, ulterior însă, în a 20-a zi de boală reacția a devenit pozitivă 1/1200 pentru bacili tifici.

Tratamentul aplicat a fost : injecții cu piridiu și urotropină, cardiotonice, local albastru de metilen.

Evoluția clinică a cazului a fost a unei forme mai grave de febră tifoidă, însă totuși cu sfârșit favorabil. Temperatura s'a menținut înaltă, 39—40°, încă timp de 16 zile, cu o stare tifoidă profundă în acest timp, cu fenomene nervoase pronunțate, delir, epistaxis.

Ulcerăriunile din faringe s'au mai menținut încă 10 zile, apoi s'au vindecat, dispărând și turburările disflagice.

După 16 zile temperatura scade în mod litic în timp de 8 zile, în același timp regresează și dispar încet toate simptomele de boală. Devine afebril, însă după 2 zile de afebrilitate face o recidivă ușoară de 8 zile durată, după care se vindecă definitiv.

În rezumat este vorba de un caz de febră tifoidă, unde boala a început din primul moment cu fenomene ulcerose de angină, deci de un faringotifus, și unde numai evoluția clinică ulterioară și examenul de laborator au făcut diagnosticul adevărat.

Obs. 2. F. E. fată de 18 ani, intră în serviciul nostru în 2 Mai 1941.

Este bolnavă de 10 zile, boala a început cu dureri de gât, temperatură înaltă, stare generală proastă. Deoarece mai mult o supărau durerile de gât cu ocazia înghițirii este chemat un medic otorinolaringolog, care

constată o amigdalită cu ulcerăriuni, îi prescrie un tratament, însă neameliorându-se cu acest tratament după o săptămână bolnava este trimisă la noi în serviciu, când constatăm următoarele: temperatură 39°, puls 96, stare tifoidă moderată, splenomegalie, rozeole pe abdomen și pe torace. Acuză dureri pronunțate la înghițire și la examenul faringelui se constată că amigdalele sunt iperemice, acoperite cu secreție, pe ele există câteva ulcerăriuni, totașa și pe stâlpi se văd ulcerăriuni identice, aproximativ simetrice pe ambele părți, ovale, axul lung de aproximativ 6 mm, paralel cu stâlpi, acoperite cu secreție cenușie.

Deci la examenul clinic al bolnavei se constată un sindrom de febră tifoidă, care a început cu fenomene faringeene și unde și în evoluția ulterioară a boalei predomină fenomenele de disfație.

Examenul de laborator confirmă diagnosticul de febră tifoidă, fiindcă reacția Widal este pozitivă 1/800 pentru bacili tifici.

Tratamentul aplicat a constatat în următoarele: igienă-dietetic, injecții cu piridiu, local pentru gât badijonări cu albastru de metilen.

Evoluția cazului a fost a unei forme mijlocii de febră tifoidă fără alte complicații.

Ulcerările din faringe s-au vindecat în următoarele 8 zile după intrarea în serviciu. Starea febrilă după internare a mai durat 20 de zile, apoi temperatura a scăzut în mod litic, dispărând în mod concomitent toate simptomele de boală.

În rezumat și în acest caz este vorba de o febră tifoidă cu un început faringean, de un faringotifus, care întâiu este tratat de un otorinolaringolog și numai ulterior se stabilește diagnosticul veritabil și cauza anginei ulcerose.

În cursul febrei tifoide adesea se observă simptome din partea faringelui. Uneori se constată fenomene de *angină ulceroasă*, descrise de *Duguet*. În aceste cazuri se constată mici ulcerăriuni, localizate aproape constant pe stâlpii anteriori, la unirea lor cu vălul palatin, sunt simetrice, de nuanță albă-cenușie, ovale, cu diametrul mare paralel cu stâlpi, de 6—8 mm, marginile ulcerărilor sunt destul de regulate, roșii, baza lor este acoperită cu mucus opalin. Apar la începutul săptămânei a 2-a de boală și se mențin aproximativ 10 zile. Sunt importante pentru diagnostic, pentru că ele ar corespunde leziunilor intestinale dela nivelul plăcilor lui Payer. Vindecarea lor ar fi de un pronostic favorabil, pe când persistența lor ar putea indica ivirea unei recidive.

Se mai constată în febra tifoidă, mai rar, *angina ulceroasă a lui Louis*, care constă din leziuni ulce-

roase mai mari, mai profunde, decât precedentele, apar mai târziu, în a 3—4-a săptămână a bolii, se localizează mai inferior pe faringe sau chiar pe laringe, constituind astfel începutul laringotifusului. Se prezintă în cazuri mai grave de febră tifoidă, adesea se complică cu abcese retroamigdalene și retrofaringeene.

Apariția acestor leziuni ulcerose la nivelul faringelui, mai ales a celor descrise de *Duguet*, este destul de obișnuită în cursul evoluției febrei tifoide, însă ca boala dela început să se prezinte cu aceste fenomene faringeene, sub forma unui faringotifus, acest lucru este destul de rar semnalat.

Strümpell amintește că angina adevărată în febra tifoidă în general este rar întâlnită. Totuși în unele epidemii se observă câteodată dela începutul bolii survenirea unei angine, sub forma unui faringotifus sau tonsilofifus, care poate face dificultăți de diagnostic, mai ales dacă este acompaniată de prezența unui exantem generalizat, punând posibilitatea unei scarlatine.

În rezumat cazurile noastre sunt importante prin raritatea lor, dar mai ales prin dificultățile de diagnostic ce le fac la început, ele fiind de obicei considerate ca angine banale și numai evoluția clinică ulterioară, precum și metodele de laborator fixează diagnosticul real.

RESUMÉ

Considérations sur le pharyngo-typhus

On décrit 2 cas de pharyngo-typhus, où la fièvre typhoïde a commencé dès le premier moment par des phénomènes d'angine ulcéreuse. Au commencement, pendant une semaine les cas ont été traités par un médecin otorhinolaryngologue. Mais l'évolution chronique ultérieure et les analyses de laboratoire ont fixé le diagnostic véritable. Les deux cas ont guéri. Les cas pareils ont surtout une importance diagnostique, parceque d'habitude ils se confondent au commencement avec les angines ulcéreuses banales.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über Pharyngothyphus

Es werden zwei Fälle von Pharyngothyphus beschrieben, wo das Thyphus vom ersten Moment mit Erscheinungen ulceröser Angina auftrat. Die Fälle wurden eine Woche lang von einem Oto-rhino-laryngologen behandelt, jedoch wurde die richtige Diagnose im Verlaufe der nachträglichen klinischen Entwicklung und an Hand der Laboratoriumsuntersuchungen gestellt. Beide Fälle verliefen günstig. Solche Fälle sind von Bedeutung zumal vom diagnostischen Standpunkt, weil sie gewöhnlich am Anfang mit der banalen ulcerösen Angina verwechselt werden.

Histero-traumatismele auriculare de războiu

de

Profesor **G. Buzoianu, G. Popoviciu și M. Iubu**

Histero-traumatismele auriculare de războiu cuprind turburări auriculare funcționale datorite acțiunilor de război. În primul rând este vorba de turburările auditive, adică turburări ale celei mai importante funcțiuni a aparatului auricular. Acestea se caracterizează prin surditate, în general totală și bilaterală. În al doilea rând, și mult mai rar, este vorba de turburări de echilibru și vertije în legătură cu aparatul vestibular.

Cele mai importante și cele mai frecvente sunt surditățile histero-traumatice de războiu. Numai asupra lor vom insista în această notă. Bazați pe observațiunile noastre în actualul războiu și pe datele literaturii medicale în această privință asupra observațiilor din primul războiu mondial din 1918, credem indicat să insistăm în aceste rânduri asupra surdităților histero-traumatice.

Ce este și cum putem depista surditatea histero-traumatică de războiu?

Iată ce putem spune în această privință:

Când ni se prezintă în calitate de otologiști un pacient surd complet din zona de luptă trebuie să ne gândim la aceste trei posibilități:

a) *Este vorba de o comoție labirintică cu surditate consecutivă?*

b) *Este vorba de un simulant?*

c) *Este vorba de o surditate histero-traumatică?*

Prin urmare când avem de examinat un bolnav care a pierdut complet auzul, aceste trei diagnostice trebuie avute în vedere: o comoție labirintică, o surditate simulată, o surditate histero-traumatică. Să luăm pe rând aceste trei categorii:

Comoția labirintică. Problema comoției labirintice trebuie pusă în discuție din nou în prezent, deoarece realitatea ei ca afecțiune izolată poate fi contestată. Prin comoție labirintică, înțelegem sgușuiri ale elementelor fine histologice din urechea internă, cu sau fără hemoragii intracocleare, sub acțiunea marilor explozii de războiu. Acesta este diagnosticul care a fost cel mai frecvent pus în surditățile de războiu în 1914—1918. Există însă această comoție labirintică izolată ca un fel de contuzie microscopică cocleară sub influența marilor traumatisme explosive de războiu? Pentru lumea otologică din 1914—1918 această afecțiune există. Pe ce se bazează această existență? Pe o serie de constatări experimentale și clinice.

a) *Constatările experimentale* sunt cele relatate de Witmaack, Joshii, Hoessli, Fraser, Prenant et Castex.

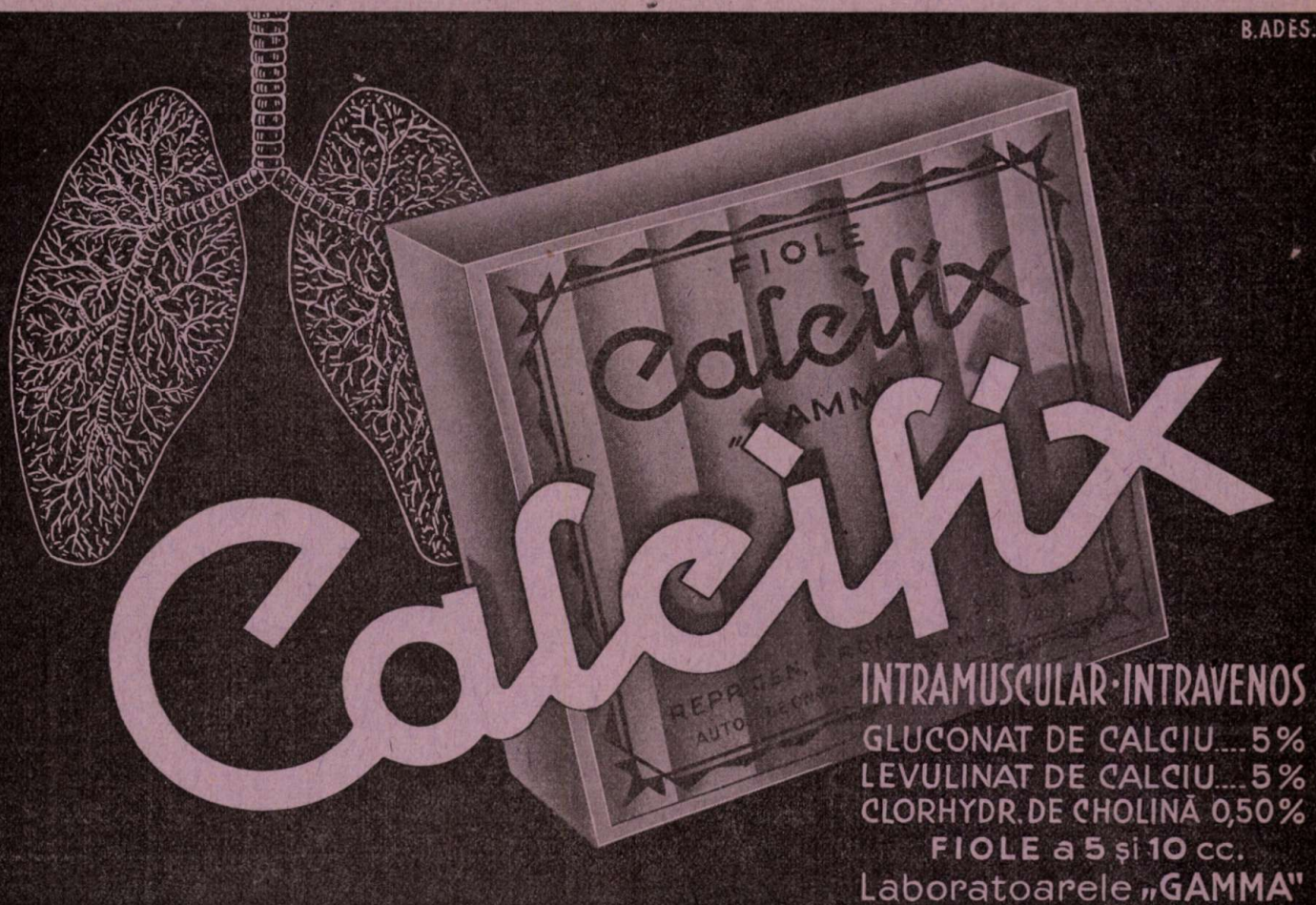
Toate aceste constatări însă pot fi în mare parte contestate, deoarece însăși autorii lor fac rezerve exprese. Iată despre ce este vorba: leziunile observate sunt datorite în adevăr comoției sau tehnice histologice? Prenant și Castex spun textual: „*Si nous inclinons à admettre que des lésions réelles ont été produites, nous ne le faisons qu'avec réserve, sans oublier la part de responsabilité qui incombe à la technique.*”

Pe de altă parte toate observațiile experimentale s'au făcut pe animale. Nu este ceva extraordinar a admite că urechea omului se poate conforma altfel decât aceea a unui cobai sau a unui epure față de o explozie puternică în apropiere. Nu totdeauna rezultatele de laborator pe animale pot fi transmutate în fiziologia ori în patologia umană fără nici o modificare. Se știe că autorii citați au cercetat cocleea animalelor în imediata apropiere a cărora au produs explozii diferite. Dar elementul tehnică intervine în aceste cercetări astfel încât înșiși autorii atrag atenția asupra responsabilității ei. — Cât privesc labirintele umane examinate, deasemeni autorii atrag atenția asupra naturii leziunilor histologice fine, piesele suferind întârzieri până la examinare și elementul alterării post-mortem fiind important. (Cazurile lui Fraser.)

Relativ la semnele de nevrită cronică observate de unii autori, cum au observat Manasse și Witmaack la bătrâni, trebuie specificat dacă nu cumva în aceste observații a fost vorba și de o comoție cerebrală concomitentă comoției labirintice. (Cazurile lui Théodore). Notez că experimental Prenant și Castex n'au observat în nici un caz leziuni histologice la nivelul canalelor semicirculare sau la nivelul aparatului otolitic. Se știe însă că alterările post mortem în coclee sunt mai rapide și mai considerabile decât în vestibul.

Cum vedem rapid, constatările experimentale trebuie admise cu destulă rezervă. Ele nu pot fi lipsite total de critică. Și trebuie ținut cont că ele constituiesc în fond fundamentul cel mai puternic pentru admiterea existenței comoțiilor labirintice. Să vedem constatările clinice.

b) *Constatările clinice* sunt și mai în defavoarea comoțiilor labirintice izolate. Cum? În primul rând constatările din primul războiu european. Cele mai numeroase surdități prin comoție labirintică, diagnosticate ca atare în primul războiu european, au fost în realitate ori surdități simulate, ori surdități histero-traumatice. Rigaud se exprimă textual: „*La pratique des*



Calcifix

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS

GLUCONAT DE CALCIU... 5 %
LEVULINAT DE CALCIU... 5 %
CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50 %

FIOLE a 5 și 10 cc.
Laboratoarele „GAMMA”

OVOCALCIUM

GYNOFOLIN + GLUCONAT DE CALCIU

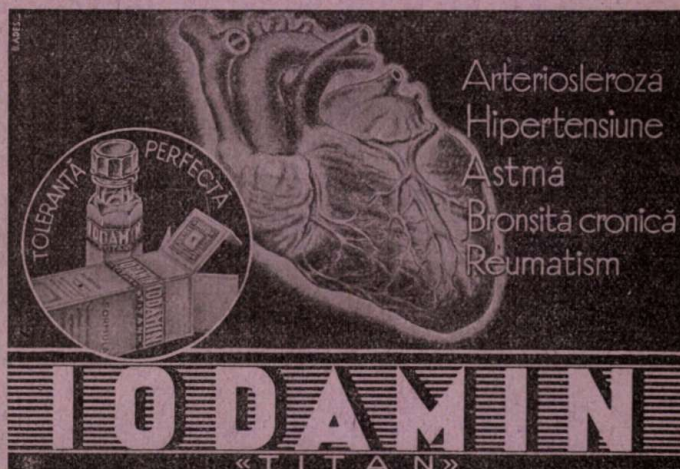
Turburări de insuficiență ovariană, anovarii congenitale, sau câștigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cmc. pentru inj. intramusculare. Una fiolă la 2 zile.
Flacoane cu 35 comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern, 3—4 pe zi.



Antiartritic

Antireumatic

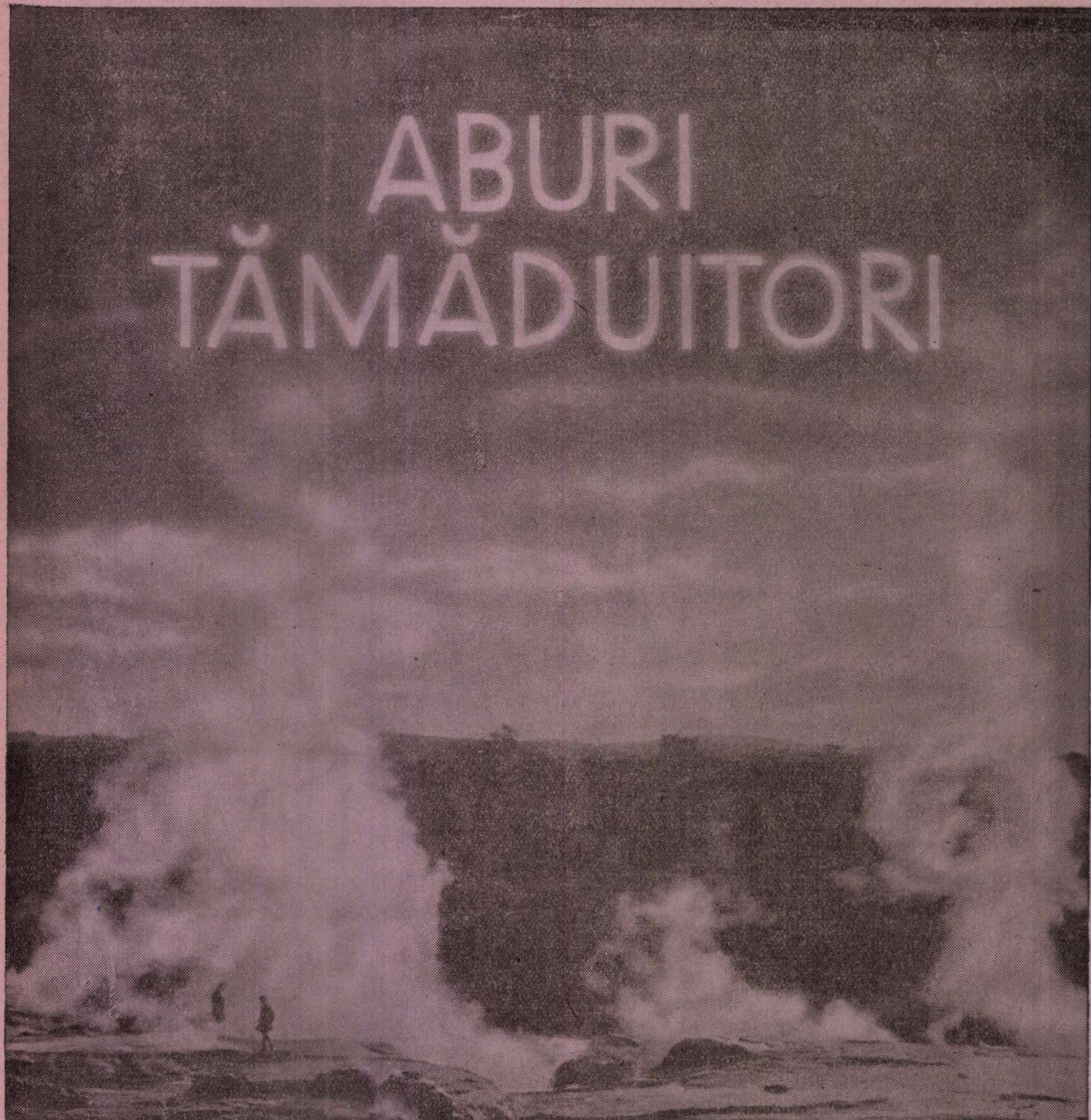


Fiole

Picături

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

ABURI TĂMĂDUITORI



.... Precursori tratamentului modern de înhalatie!

Glycirenan

reputat de decenii pentru profilaxia
și tratamentul

astmului bronșic, bronșitele, rhinitei,
laringitei, tracheitei și sinusitelor.

Atmos-Gesellschaft Fritzsching & Co., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

expertises otologiques d'après guerre m'a confirmé la fréquence de la simulation de la surdité". În 1919 în Franța se recoltase un număr de aproximativ zece mii de surzi prin comoție labirintică destinați școlilor de labiolectură, însă odată cu încheierea păcii nu s'a mai observat nici un bolnav care să nu-și fi recăpătat auzul. Sigur a fost vorba ori de simulanți, ori de histero-traumatizați auditivi.

Pe de altă parte observațiile noastre clinice din actualul război, deși limitate, sunt destul de concludente. N'am întâlnit pe 20 de surzi complecți de războiu nici o surditate prin comoție labirintică reală izolată. Toți au fost ori histero-traumatizați labirintici, ori simulanți, numărul preponderent fiind în favoarea pitiatismului.

Mai mult, surditatea prin comoție n'a putut fi observată într'un caz demonstrativ în care, în urma unei violente explozii de obuz, prezenta distrucția totală a ambelor timpane. Acest bolnav a trebuit să sufere și o amputație. Prin urmare, deși deflagrația, deci presiunea aerului a fost atât de puternică încât a distrus ambele timpane, ea nu a lezat cu nimic cocleele. De asemenea traumatismul sonor a fost fără nici un efect.

Iată deci că surditatea prin comoție labirintică izolată pare să nu existe. Nu spun încă în mod categoric nu, deoarece numărul observațiilor este încă restrâns. *Inclin însă a admite inexistența acestui capitol otic ca entitate izolată*, ceea ce lucrările colective de războiu în specialitate vor fi în măsură să confirme ori să infirme în mare parte.

Să nu existe deci deloc o comoție labirintică de războiu cu surditate consecutivă? Aici trebuie să spunem că există, dar nu o comoție labirintică izolată, ci o comoție labirintică asociată comoției cerebrale.

Surditatea prin comoție labirintică izolată pare că nu există, bazându-ne pe toate elementele expuse mai sus.

Surditatea prin comoție labirintică asociată unei comoții cerebrale există.

Comoția labirintică asociată comoției cerebrale. Noi inclinăm a crede că aceasta este singura categorie a surdităților prin comoție labirintică ce pot fi admise. În acest caz surditatea este datorită nu comoției labirintice a cocleei, ci comoției cerebrale însăși care interesează undeva în traectul lor căile nervoase auditive centrale. Surditatea în acest caz nu este datorită contuziei microscopice a elementelor histologice din coclee, ci contuziei fine a căilor nervoase auditive supra-labirintice. În acest sens am putut observa în acest războiu un singur caz. Un bolnav prezenta o comoție cerebrală de intensitate medie și turburări auditive. Auzul a revenit într'un spațiu de aproximativ două luni pe măsură ce fenomenele de confuzie mentală legate de comoția cerebrală se atenuau treptat. Aceste idei a comoției labirintice datorite leziunilor

căilor supra-labirintice centrale, deci asociate cu o comoție cerebrală, au fost susținute de mult de Oppenheim, fără să furnizeze proba. Experiența colectivă a vechiului războiu și a actualului războiu constituie totuși o probă suficientă, dacă ținem cont și de fragilitatea probelor experimentale.

Dacă surditatea prin comoție labirintică este totdeauna asociată cu o stare de comoție cerebrală din cauza leziunilor fine care interesează căile nervoase labirintice centrale, se pune întrebarea dacă nu cumva turburările vestibulare n'ar putea servi pentru diagnosticul comoțiilor encefalice atenuate. Acest lucru îl scoate în evidență Seiferth¹⁾ recent, arătând că nistagmul de poziție poate fi întâlnit dacă este cercetat în unele comoții cerebrale de războiu.

Față de argumentarea de până acum trebuiește deocamdată să privim cu foarte multă rezervă pe așa zișii surzi de războiu cărora li s'a diagnosticat o surditate prin comoție labirintică izolată.

Ne îndoiim că acest diagnostic poate corespunde unei realități patologice obiective.

Până la proba contrarie, surzii complecți uni- ori bilaterali de războiu sunt următorii:

a) surzii prin histero-traumatisme;

b) surzii prin simulare;

c) surzii prin comoție labirintică asociată comoției cerebrale când sunt prinse căile auditive centrale.

Diferențierea între o surditate histero-traumatică și una simulată. Dacă surditatea prin comoție labirintică izolată nu există, atunci în fața unui surd de războiu ne găsim în următoarea situație:

fie în fața unui simulant,

fie în fața unui histero-traumatizat auditiv.

Cum diferențiem aceste două categorii de surdități?

Trebuiește să mărturisim că această diferențiere poate fi uneori foarte dificilă. Pentru Rigaud, bazat pe experiența vechiului războiu mondial, simulatorul este tipul bolnavului cel mai frecvent. Tot el mărturisește că între surditatea voită a simulatorului și între surditatea involuntară a histero-traumatizatăului există o frontieră indecisă, dificil de precizat. *L'hystéro-sourd était rare par rapport aux simulateurs qui constituaient le fond de notre clientèle.* (Rigaud.²⁾ Noi credem tocmai invers. Histero-traumatizatul de războiu este tipul surdului venit din zona de luptă și simulatorul mai rar. Diferențierea nu se poate face în fond decât cercetând stigmatul obișnuit ale histeriei. Ramadier și Caussé³⁾ nu ezită să recomande în cazurile dificile colaborarea unui medic psihiatru. Nu este locul să atragem atenția

¹⁾ Seiferth: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 31 Oct. 1941, Berlin.

²⁾ Rigaud: Le labyrinthe. Un vol., chez Baillière, Paris, 1935.

³⁾ Ramadier și Caussé: Traumatisme de l'oreille. Un vol., chez Masson, 1937.

aici asupra probelor de depistare a simulării. Ele sunt numeroase, însă medicul otologist expert are nevoie de o anumită experiență a utilizării lor. Noi am folosit probele lui Lombard cu aparatul lui. Pozitivitatea probelor constituie un semn sigur de surditate funcțională. Negativitatea lor nu ne poate indica în mod sigur o leziune organică. Această constatare este extrem de importantă. Faradizarea sub forma torpilajului încă poate servi pentru evidențierea unei surdități funcționale. Orice ezitare din partea medicului în fața bolnavilor surzi funcțional constituie o primă de încurajare voită ori reflexă importantă a afecțiunii lor.

Pentru histero-traumatizați trebuiesc cercetate reflexele faringee obișnuit abolite, anesteziile corneene, starea psihică, anesteziile tegumentare paradoxale.

Din cei 20 de surzi bilaterali complecți de războiu, pe cari i-am avut de cercetat, pentru cel puțin 15 din ei credem că nevroza histero-traumatică auditivă prin efectele războiului era în cauză. Pentru ceilalți simularea au recunoscut-o ei înșiși.

Din primul grup, chiar când au început să audă, n'au recunoscut o surditate simulată, ci dispariția defectului prin efectul probelor noastre de control.

Cred că trebuie să fim atenți înainte de a eticheta o surditate ca simulată. Pitiatismul auricular de războiu constituie în prezent pentru noi cauza cea mai des întâlnită a surdităților etichetate surditate prin comoție ori surditate prin simulare. (Buzoianu, I. G. Russu, G. Popovici, M. Iubu).¹⁾

¹⁾ Buzoianu și Russu: Histero-traumatismele auditive de războiu. „Mișcarea medicală”, Octomvrie 1942. Acta medica romana Oct. 1942, Craiova.

¹⁾ Buzoianu, Russu și Popovici: Les hystéro-traumatismes auditifs de guerre, Revue des sciences oto-rhino-laryngologiques de Cluj, 1 Juillet 1942.

Din cele expuse mai sus rezultă în concluzie:

1. că surditatea prin comoție labirintică izolată pare să nu existe. Atât argumentele experimentale cât și observațiile colective ale vechiului războiu, dar mai ales observațiile clinice ale actualului războiu pledează în acest sens.

2. Există o surditate prin comoție labirintică, însă această comoție labirintică este totdeauna asociată cu o comoție cerebrală de o intensitate variabilă. În acest caz surditatea este datorită leziunilor fine ale căilor nervoase centrale supra-labirintice, prin efectul comoției cerebrale și nu prin efectul direct al vre-unor leziuni microscopice periferice în coclee.

3. Surditățile de războiu cari nu se datoresc leziunilor obiective ale bazei craniului sau ale bolții, sau otitelor, sau comoțiilor cerebrale, intră în categoria surdităților pur funcționale: surdități prin histero-traumatisme auditive ori surdități prin simulare.

4. În actualul războiu tipul surdităților prin histero-traumatisme auditive predomină asupra celui datorit simulării. Diferențierea acestor categorii poate fi în diferite împrejurări foarte dificilă, ceea ce pretinde din partea medicului o atitudine delicată. Când este vorba de histero-traumatism auditiv, ne referim în primul rând la bolnavii cari vin surzi din zona frontului, acolo unde ei au fost supuși în mod sigur unui traumatism cu efecte deflagrante (presiuni atmosferice) și sonore intense, și nu bolnavilor cari vin din zona interioară.

Revistă generală

Hemoragiile intraperitoneale de origine genitală, în afara stărei de graviditate

de

Dr. Coșereanu Aurelian

Hemoragiile intraperitoneale de origine genitală, origine patogenetică multiplă, sunt aproape similare în gândirea medicului timpului nostru cu sarcina extra-uterină ruptă. Iar dacă pacienta nu recunoaște sarcina, medicul riscă să fie pus în încurcătură și să ezite în diagnosticul său, tocmai în o afecțiune ce reclamă o atitudine terapeutică promptă. În cele ce urmează voi insista asupra tuturor cauzelor genitale cari pe lângă sarcina extrauterină, produc hemoragii intraperitoneale. Este de netăgăduit frecvența sarcinei ectopice în etio-

logia hemoragiilor, totuși într'un procent de 5% (J. L. Faure) sau 10% (alți autori) ele se datoresc altor cauze (ovar, trompă, uter sau chiar dintr'un vas rupt al plexului utero-ovarian.

Hemoragiile intraperitoneale sunt de 2 feluri: difuze și închistate. În forma difuză, sângele lichid sau transformat în chiaguri, este liber în cavitatea abdominală. Când cantitatea sângelui e mare, vorbim de inundație peritoneală.

În forma închistată, din contră, sângele rar este lichid, aproape totdeauna îngrădădit în chiaguri negre și groase, într-o cavitate artificială formată de false membrane, ce se găsește aproape totdeauna în fundul de sac al lui Douglas și izolată de restul cavității peritoneale prin aderențe destul de solide. În acest caz avem semnele fizice ale unei adevărate tumori situată în fundul de sac posterior, constituind, după cum l-a numit și descris Nélaton, un hematocel retro-uterin.

Hemoragiile, fie ele mari sau mici, cunosc origini diferite: hemoragii cu origine ovariană, hemoragii cu origine tubară, hemoragii cu origine uterină.

Hemoragiile cu origine ovariană. Sunt de 2 feluri:

A) hemoragii dintr'un ovar normal,

B) hemoragii dintr'un ovar patologic.

A) Hemoragia dintr'un ovar normal poate surveni în timpul ovulației sau în afară de ea, deci în 2 feluri: prin ruptura foliculului de Graaf și prin ruptura corpului galben. Aceasta e vechea teorie a pontei extrauterine susținută de Gallard, ce azi se confirmă.

a) Hemoragia foliculară. Normal foliculul ajungând la maturitate, se rupe. Prin ruptură se expulzează ovulul înconjurat de un strat de celule cilindrice ale granuloasei și este absorbit de trompă. Ruperea e însoțită de scurgerea lichidului folicular fără hemoragie sau cu o hemoragie neînsemnată. Uneori cantitatea de sânge e mai mare și contactul cu peritoneul provoacă un mic șoc, perceput de unele femei ca un semn premonitoriu al menstruației iminente. Pfannenstiel de multe ori a observat vertij, vomismente și dureri în timpul ovulației.

Când această hemoragie este mai abundentă, avem sau o adevărată inundație cu tot cortejul simptomatic cataclismic, sau se închistează formând un hematocel retrouterin mai mult sau mai puțin voluminos.

b) Hemoragia corpului galben. După ce s'a expulsat ovulul, celulele granuloase proliferază, umplu cavitatea colabată a foliculului, orificiul se cicatrizează, capilarele din teacă pătrund între celulele granuloase ce devin apoi celule luteinice transformându-se în corp galben, adevărată glandă cu secreție internă.

Zeit și Wintz găsesc doi hormoni: un luteolipoid hemostatic și altul, lipamina, hemoragipar. Un dezechilibru endocrinian în secreția acestor hormoni ar putea explica o hemoragie a corpului luteu în acest stadiu. Uneori corpul galben suferă o transformare chistică, înconjurându-se de o membrană fină cu vase largi și întinse. Foliculii de Graaf noi bombează în peretele chistului, îl pot rupe, producând o mărire a presiunii intrachistice care la rândul ei rupe peretele chistului liber, în peritoneu, producând hemoragie.

Care sunt cauzele hemoragiilor ovariene? H. Roth din Bratislava ne-a dat într-o lucrare de ansamblu, un grup de împrejurări ce ar condiționa acest accident.

1. O alterare a tensiunii intraabdominale prin turburări nervoase sau prin hipertrofia organelor abdominale ce ar mări congestia ovarelor.

2. Un defect în cicatrizarea orificiului folicular — lipsă sau friabilitate cicatricială. O cauză accidentală, ca masturbare, coit întrerupt, defecație grea, etc. favorizează ruperea.

După Schröder, un coit impetuos premenstrual ar putea aduce un corp galben în vascularizație. Tactul vaginal, o redresare forțată a uterului în retro-flexiune, ar putea rupe foliculul creind o ovulație prematură.

Între cauzele predispozante amintim: ovarul polichistic, impermeabilitatea trompei ce nu mai aspiră ovulul, salpingitele cronice cu hemato-salpinx, apendicita, miomul uterin, tumorile ovariene, diateza hemoragică, leucocitemia, deasemeni procesul fiziologic menstrual care provoacă congestie în tot aparatul anexial și expun ovarul foarte ușor la sângerare. În sfârșit Schickelé descrie un caz cu splenomegalie, hiperglobulie și coagulabilitate întârziată.

B) Hemoragiile dintr'un ovar patologic se produc prin:

1. ruptura unui chist hemoragic primitiv (folicular sau luteinic);
2. ruptura unui chist ovarian prin torsiune;
3. ruptura venelor perichistice varicoase;
4. tumori ovariene maligne (carcinom, angiosarcom);
5. ovarita sclero-chistică, excepțional.

1. Este de netăgăduit uneori prezența chistelor ovariene hemoragice, mai mari sau mai mici. De obicei hemoragiile intrachistice sunt secundare, hemoragia reprezentând o complicație în cursul evoluției tumorei chistice.

Cauzele hemoragiei intrachistice, fie ele menstruația, cauze neoplazice, trofice, mecanice sau inflamatorii, nu ne interesează prea mult. Important este că sângele este prezent în cavitatea chistului.

Hemoragia și chistul, spune Prof. Daniel, constituie un tot anatomic ce se dezvoltă în același timp; sunt adevărate chiste hemoragice ale ovarului. Chistul se poate desvolta dintr'o veziculă de Graaf sănătoasă sau chistică, pereții tumorei rămânând acei ai ovisacului. Hemoragia intrachistică poate fi abundentă sau des repetată, tumora astfel să crească și să devină chist folicular hematic.

În acest caz hemoragia exagerată a ovulației poate da revărsări de sânge în peritoneu: hemoragiile extravaziculare ale lui Rollin.

Rollin face diferența între foliculul rupt de hemoragia exagerată a pontei ovulare și un chist hematic vechiu, care ar prezenta pungi diverticulare ce corespund rupturii mai multor foliculi, iar leziunile ar fi mai profunde; Prof. Daniel consideră aceste particularități nu prea evidente.

Beeckel susține că aceste tumori sunt legate de menstruație, numindu-le chiste menoragice; la fiecare perioadă menstruală foliculul maturat se sparge în chistul format dinainte, măbind volumul acestuia cu cantitatea de sânge echivalentă.

În cazul chistelor hemoragice ale corpului galben procesul este asemănător. Ele diferă de cele foliculare prin aceea că interesează unul sau doi foliculi și sunt legate de menstruație. Studiile lui Piller au arătat că dacă ovarul este bolnav, rezorbția corpului galben se face incomplet și devine chistic nu prin secrețiune celulară, ci prin hemoragie, căci vasele de neoformație în loc să se rezoarbă, se rup.

Aceste chiste hemoragice foliculare sau luteinice deși nu se întâlnesc prea des, cauzează uneori inundații peritoneale foarte grave.

Ruptura chistelor hematice se produce spontan sau traumatic.

Spontan se rup prin:

a) mărirea tensiunii intrachistice și mai ales atunci când există și alterațiuni ale peretelui chistic, în urma unei inflamații oarecare când peretele devine friabil și se rupe;

b) în cazul hemoragiilor intrachistice care survin din vegetațiuni endichistice foarte vascularizate. Atunci sângele se acumulează, face presiune și se rupe.

Ruptura traumatică. În acest caz hemoragia intraperitoneală poate veni din:

a) un vas;

b) hemoragia intrachistică primitivă;

c) o torsiune imperfectă care a dat o stază venoasă ce apoi a determinat ectazia vaselor, dând hemoragii.

2. Chistele ovariene torsionate. Rokitanski (1842) menționează pentru prima dată torsiunea pediculară a unui chist ovarian. Torsiunea face parte din complicațiile ce survin în evoluția chistelor ovariene. Aceste complicații sunt mecanice, infecțioase și degenerescentă malignă. Torsiunea face parte din complicațiile mecanice.

Frecvența torsiunii este de 2% după Spencer-Wells, 4% după Terillon, ajungând până la 5% în statistica lui Czyzewicz. Pfannenstiel găsește torziunea într'un procent mediu de 25%.

De obicei torsiunea se întâmplă atunci când avem de-a face cu: un pedicul mai lung și mai suplu, tumoră de volum mijlociu, tumoră mai masivă decât pediculul, perete abdominal cu o tonicitate scăzută. Condițiuni favorizante constituiesc deasemeni sarcina, schimbările de atitudine și mișcările brusce ale corpului.

Diverse sunt teoriile asupra mecanismului torsiunii. De fapt ele nu sunt decât ipoteze, teoria migrațiunii lui Freund, teoria homo-dinamică a lui Payr, teoria presiunii oblice între două forțe adverse, etc.

Ori care ar fi mecanismul, este ușor de înțeles că în cazul unui chist hematic, torsiunea lui poate provoca accidente grave prin ruptură și hemoragie intraperitoneală consecutivă. Dar chiar torsiunea unui chist nehematich sau a unei tumori ovariene masive, prin ruptura vaselor din pedicul în urma torsiunii, poate duce la același accident. Torsiunea, fie ea completă sau incompletă, prin ruptură dă revărsări sanghine, difuze sau închistate, cu tot cortegiul simptomatic al rupturilor acute sau subacute.

Și aci ruptura poate fi spontană sau traumatică, cu aceleași cauze ca în ruptura chistelor netorsionate, cu deosebirea că aci ea este mult favorizată de torsiune. Ruptura poate fi intraperitoneală, dar poate fi și extraperitoneală (intestin, rect, vagin, uter, etc.).

3. Ruptura vaselor perichistice. Survin foarte rar. Dar nu rareori, diagnosticată o sarcină extrauterină, a adus surpriza constatării la laparotomie, a unei hemoragii intraperitoneale, care nici decum nu era plecată dela o sarcină ectopică, ce nu exista de altfel; ci dela vasele unui chist rupt spontan sau traumatic, prin inflamație, contuzie, etc., vase dilatate și de stază, în urma unui mecanism oarecare. Deasemeni în cazul unui vas exagerat ca volum, ruptura constituie un accident frecvent.

4. Tumori ovariene maligne. În ce privește hemoragiile cu această origine, ele sunt excepțional de rare. Este și explicabil, având în vedere evoluția rapidă a acestora și sucombarea bolnavelor. Totuși în literatură se găsesc cazuri descrise, de tumori torsionate, perforate în cavitatea peritoneală, ce dau hemoragii lente, care de fapt nu se manifestă decât târziu de tot, sau nu se pun în evidență decât la autopsie. Raritatea torsiunii în tumorile maligne se datorește pe de altă parte și aderențelor ce se formează rapid. Forgue în 25 cazuri de tumori ovariene maligne a găsit numai 3 torsiuni și dintre cari numai unul cu hemoragie peritoneală.

Hemoragiile intraperitoneale de origine tubară.

Sunt de 3 feluri:

1. dela o trompă gravidă;
2. dela o trompă negravidă, dar cu sarcină uterină;
3. dela o trompă fără graviditate.

În articolul de față ne vom ocupa numai de hemoragiile dela o trompă fără graviditate. În general hemoragiile de origine tubară sunt mult mai mari ca cele de origine ovariană. Mult timp ele au fost ignorate, pentru că se credea că o trompă nu sângerează decât atunci când este gravidă. Forssner neagă chiar existența lor înafară de sarcină și susține că totuși e sarcină chiar și atunci când secțiunile microscopice făcute în serie pentru toate părțile (trompă, ovar, chiguri, membrane) nu arată elemente deciduale sau choriale. El spune că aceste elemente foeto-ovulare sau au scăpat

observației, sau au dispărut, rezorbindu-se. Contra acestei teorii s'au ridicat o mulțime de alte teorii. După Hoffmayer, trompa ar sângera în perioada menstruală. El a publicat un caz de sarcină extrauterină la care s'a suturat de către Schröder sacul oului la peretele abdominal și la care după aceea la fiecare menstruație ieșea sânge prin cicatrice.

Bernutz susține teoria hematocelului prin retenția menstruației și refluxul sângelui în peritoneu.

Schmitzer și Tuch considerau posibile hemoragiile intraperitoneale cauzate de trompa negravidă și nebolnavă.

Baudelocque a avut un caz de ruptura trompei în cursul unei nașteri. Bazy spune că orice infecțiune acută sau cronică poate da o salpingită hemoragică, care la rândul ei dă o hemoragie intraperitoneală. La fel poate da sifilisul și tuberculoza.

Care sunt cauzele acestor hemoragii? Avem 4 grupări de cauze și anume:

1. Malformațiunile congenitale ale trompei, uterul bicorn, asociat cu un hematosalpinx.

În acest caz se pot produce câteodată hemoragii intraperitoneale. În anomaliile tubare congenitale oviductul sângerează pentru că vasele sunt insuficient dezvoltate și cu pereții slabi. Dar această cauză singură nu este suficientă, pentru a produce prin ea însăși hemoragia, trebuie să se găsească și o infecțiune, care în acest caz este ușurată prin anomalia trompei.

2. În circumstanțe rare, tumorile maligne ale trompei pot prin ulcerarea și leziunea vaselor să producă hemoragii. Asemenea cazuri sunt citate de Wesseley-Bowée.

3. În cazuri foarte rare s'au înregistrat rupturi ale trompelor cu hemoragii consecutive în insuflațiile tubare. În acest caz, când presiunea gazului insufolat trece de 250 mm. Hg., dacă oviductul este obliterat, trompa se distinde și se rupe. Prin această soluție de continuitate, dacă trompa mai este și inflamată, ea sângerează abundant din cauza dilatațiunii vaselor.

4. Leziunile tubare inflamatorii sunt acele care determină cele mai deseori hemoragii pelviene, fără ca trompa să fie gravidă.

Aceste hemoragii se manifestă rar sub forma de inundații peritoneale, mai mult sub forma de hematocel. Ele se instalează încet și se închistează prin false membrane. Leziunile inflamatorii capabile a produce prin ruptura lor hemoragii intraperitoneale, iau o formă anatomo-patologică bine determinată. În adevăr, aceste leziuni sunt pachi-salpingita hemoragică a lui Bazy. O asemenea leziune poate să fie consecința unei infecții cronice și rar rezultatul unei infecții acute și brutale.

a) Infecțiunea cronică nespecifică. În pachi-salpingita hemoragică, leziunile sunt totdeauna bilaterale.

Trompele sunt învăluite cu false membrane de jur împrejur, având rolul de a limita revărsarea hemoragică, care se produce în momentul rupturii. Acestei membrane sunt rezultatul inflamației tubare cronice și reprezintă reacțiunea peritoneului contra acestei inflamații, care de altfel are drept consecință obliterarea orificiului abdominal al trompei. Această obliterare transformă adesea leziunea hemoragică în hematosalpinx. Trompele rigide și friabile, destinate prin sângele acumulat în cavitatea lor, se rup cu ocazia unui puseu congestiv sau al unui traumatism.

Ruptura poate să aibă dimensiuni de 2—3 cm., ocupând porțiunea ampulară și rar istmul trompei. Leziunile microscopice predominante sunt reacțiuni vasculare, care după Wesseley-Bowée se manifestă adesea sub formă de degenerescență grăsoasă și care relevă un proces infecțios. Acest proces determină o stare de scleroză, în același timp în interstițială și perivasculară, cu sufuziuni sanghine.

Adesea se pot întâlni leziuni de pachi-salpingită hemoragică, după Letulle, la nivelul vilozităților choriale tubare, când o sarcină ectopică a fost cauza rupturii. De aceea trebuie să fim foarte atenți la examenul microscopic pentru a evita tot felul de erori, știind că o pachi-salpingită hemoragică poate urma chiar unei sarcini tubare.

Alături de acest hemato-salpinx, consecința pachi-salpingitei hemoragice, pot să existe alte feluri de hemato-salpinxuri, provenind din transformarea unui pio-salpinx (Rozzi), sau hemato-salpinxul catamenial consecutiv unei acumulări de sânge provenind dela o mucoasă tubară.

Acesta din urmă este foarte rar și trebuie considerat ca o anomalie regresivă.

În fine, este o a treia grupă de hemato-salpinx, mult mai rară, care este o complicație a torsiei spontane a trompei normale și mai ales patologică (inflamată).

Hemato-salpinxul, oricare ar fi cauza lui, determină prin ruptura lui hemoragii peritoneale, fie vărsându-și conținutul în peritoneu, fie sângărând prin soluție de continuitate. De altfel, aceste 2 cazuri pot fi coexistente.

Ruperea hemato-salpinxului se explică prin fragilitatea pereților și distensiunii sale, la care se adaugă puseul congestiv și traumatismele.

b) Infecția acută și brutală a canalului utero-tubar este capabilă să producă o salpingită hemoragică acută. Leziunea salpingitei hemoragice acute poate să survină după o injecție septică intrauterină, făcută în scop abortiv. Din cauza infecției se produce necroza de coagulațiune a celulelor mucoasei și a endoteliului vascular și în consecință se declanșează o hemoragie abundantă.

5. Infecțiunea cronică specifică. Sifilisul tubar, localizare de altfel foarte rară, poate prin ulceratie să perforze trompa. Bernardo-Amato-Lucio publică un caz care simula o sarcină extrauterină ruptă și la care microscopia a arătat că nu era altceva decât o leziune sifilitică.

Tuberculoza tubară sub forma de salpingită chistică sau nechistică, prin perforatie poate da hemoragii și care nu poate fi diagnosticată, decât făcând examenul histologic al piesei după extirpare.

Roulland în 1907 a scris o lucrare asupra anexitelor neinfecțioase și în care a arătat că trompele fiind așezate între ovar și uter, ambele organe ale menstruației, participă și ele la acest proces fiziologic și la fenomenele congestive care le însoțesc și care pot face să sângereze mucoasa tubară în afara stărilor infecțioase. Consecința e formarea unui hemato-salpinx susceptibil de a se rupe în abdomen.

Hemoragiile de origine uterină.

Sunt mult mai rare. În anumite cazuri de stenoză cervico-uterină putem găsi sângele menstrual reținut înapoia obstacolului, umplând trompa și revărsându-se în peritoneu, determinând o hemoragie intraperitoneală.

Hemoragia intraperitoneală poate fi complicația fibro-miometelor uterine. Este vorba în realitate de un accident rar. Hemoragia în acest caz este datorită în mod obișnuit rupturii uneia din vasele mari care prominează atât de des la suprafața fibromelor. Ruptura se produce în urma unui efort, unui traumatism sau unei torsiuni a unui nucleu fibromatos, în jurul pedicului său.

Sarcina poate juca un rol predispozant prin congestia uterină pe care o determină. Richet și Devalez au susținut că una din cauzele hematocelului este ruptura venelor varicoase ale plexului utero-ovarian.

Hemoragiile mai pot fi cauzate prin perforația uterină în cazul unui chorioepiteliom. Léopold și de Wydes au descris un caz unde chorioepiteliomul a determinat o hemoragie internă prin perforație. Totuși aceasta se întâmplă foarte rar datorită aderențelor ce se stabilesc cu intestinul, precum și fistulelor ce se produc.

În sfârșit, mai putem aminti hemoragiile provocate de endometrioze.

CLINICA GINECOLOGICĂ ȘI OBSTETRICALĂ CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. Criștea Grigoriu

RESUMÉ

Les hémorragies intrapéritonéales d'origine génitale en dehors de la gravidité

Les hémorragies intrapéritonéales d'origine génitale constituent par leur fréquence un vaste chapitre de la pathologie abdominale, qui doit être bien connu par le médecin gynécologue, mais qui ne doit pas être ignoré non plus par tous les médecins, quand un syndrome abdominal aigu survient chez une femme en pleine vie génitale.

Si une grossesse ectopique est la cause de ces hémorragies, le médecin spécialiste ne doit pas ignorer pour le diagnostic les hémorragies de l'ovulation, la rupture des kystes lutéiniques, hématiques, etc.

Les hémorragies ovariennes peuvent sortir d'un ovuaire normal ou d'un ovuaire pathologique.

Les hémorragies tubaires sans gravidité sont les plus fréquentes. Elles apparaissent dans les malformations congénitales de la trompe, dans les néoplasmes de cet organe, dans les accidents survenus à l'occasion des insufflations tubaires et dans les inflammations de la trompe.

Les hémorragies utérines sont les plus rares.

ZUSAMMENFASSUNG

Die intraperitonealen Blutungen genitaler Herkunft

Die intraperitonealen Blutungen genitaler Herkunft ergeben durch ihr häufiges Vorkommen ein reiches Kapitel der abdominalen Pathologie, welche dem Gynäkologen wohl bekannt sein muss, jedoch auch seitens des Chirurgen, Internisten und Universal-Arztes nicht ignoriert werden darf, wenn ein akutes abdominales Syndrom bei einer Frau im vollen genitalen Leben auftritt.

Der Sitz des Kontinuitätsdefektes im Kreislauf des genitalen Apparates ist entweder im Eierstock, Eierstockleiter oder in der Gebärmutter zu finden.

Wenn bei diesen Blutungen in 90—95% der Fälle die Ursache in den verlagerten Schwangerschaften zu suchen sind, muss der Spezialist bei Stellung der Diagnose in Ovulationsblutungen auch das Aufbrechen der luteinischen Cysten, Blutecysten, etc. sich vor Augen halten.

Die Eierstockblutungen können von einem normalen oder pathologischen Eierstock ausgehen. Die Blutungen sind follikuläre, luteinische, cystische (Blutecysten, gedrehte-, neoplastische-, variköse Cysten etc.).

Eileiterblutungen ohne Schwangerschaft sind die häufigsten und gleichzeitig die schwersten, ausser jenen im Schwangerschaftsstadium. Sie treten bei angeborenen Missbildungen des Eileiters-, Eileiter-Neoplasma, bei Unfällen gelegentlich der Eileitereinblasungen und Eileiterentzündungen (spezifischen oder unspezifischen) auf.

Uterusblutungen sind die seltensten. Sie treten in Fällen von Uterushals-Stenosen, Fibromyom des Uterus, Chorioepitheliom und Endometrioze auf.

Considerațiuni asupra evoluției, rezorbției sângelui hemoragiilor interne intraperitoneale și conduita terapeutică

de

Dr. Victor Mărtolui

asistent

În articolul de față, nu mi-am propus a studia sindromul hemoragiei interne clinic sau chirurgical — terapeutic în totalitatea lui; am voit, numai, să urmăresc manifestările imediate sau tardive datorite prezenței sângelui în abdomen cât și schimbările suferite de acest extravazat din momentul inundării mării cavități peritoneale până la completa lui rezorbție.

Sursa hemoragiilor interne o găsim, de obicei, în sarcinile extrauterine sparte, ruptura traumatică sau spontană a splinei, a ficatului, a chistelor hematice; în timpul din urmă se publică numeroase cazuri de hemoragii interne ovariene negravidice. Mai rar survin hemoragii cauzate de ruptura vaselor, artere sau vene, prin dezinserția sau deșirarea mezourilor, erodarea sau trombozarea lor urmată de erodare, anevrisme infarcte, fibromioane hemoragice, etc.

* * *

Experimental am produs hemoperitoneu la miei. Tehnica a fost simplă: am introdus mai întâi un ac cu bizou scurt prin peretele abdominal în cavitatea peritoneală; cu o seringă de 20 cc., spălată cu apă distilată, am preluat sânge din vena jugulară și imediat schimbam seringă la acul din peretele abdominal, astfel introducem câte 60—80 cc. sânge. Starea generală a animalului nu se resimte prea mult. Fenomenul de contractură abdominală nu apare niciodată în hemoperitoneul artificial. Începând cu ziua a 2—3-a survin scaune diareice, cu atât mai frecvente cu cât cantitatea de sânge a fost mai mare și mielul în greutate mai mică. Sacrificând mielul după 24 de ore se constată în cavitatea abdominală o cantitate mai mare de lichid. În prezența sângelui se produce o transudație, care se adaogă sângelui, diluându-l și parțial hemolizându-l. Epiploonul este foarte congestionat, peritoneul visceral mai puțin, iar cel parietal fără modificări vizibile.

După 48 de ore începe rezorbția și sângele se găsește din ce în ce mai puțin. Astfel, după o săptămână, rezorbția este aproape completă. Într'un caz sângele a fost localizat între anse și peretele abdominal și a fost găsit aproape în aceeași cantitate, de culoare brun închisă, după 8 zile dela injectare. Spre deosebire de ceilalți miei, acesta nu a avut tulburări, nu a avut diarei, apetitul de sugere păstrat.

* * *

Care este evoluția hemoperitoneului la om?

După observațiile de până acum, manifestările la care dă naștere cât și schimbările pe care le suferă sângele extravazat în marea cavitate nu sunt indifferente de sursa din care au provenit. Organul care a dat hemoragia imprimă anumite caractere evoluției ulterioare.

După Kurt Lange, din numeroasele observațiuni, se conchide că sângele provenit direct din vase nu exercită nicio acțiune iritantă asupra peritoneului. Sângele provenit din ruptura viscerilor, probabil datorit amestecului de sucuri organice (?) dacă nu produce o contractură veritabilă a peretelui abdominal, totuși prezintă acel „sensibilité au choc”, descris de Kulenkamff.

Problema contracturii abdominale în hemoragiile interne a fost mult discutată. M. Pavlos Pteridis (Alexandria) observă în hemoragiile hepatice lipsa fenomenului de contractură.

De asemeni N. Normet publică aceleași observațiuni. Din contră, în hemoragiile provenite din ruptura splinei, Hamilton Bailey descrie fenomenul de durere și contractură netă a peretelui abdominal.

Contractura peretelui abdominal este prococă, integrându-se în șocul traumatic abdominal, datorit fenomenului de inhibiție nervoasă a simpaticului din regiunea atinsă și care se instalează imediat după traumatism, numai rareori lipsind. Contractura se menține și în timpul ameliorării stării generale care urmează după șocul traumatic. Ea este de ordin reflex și este în legătură atât cu ruptura viscerală cât și cu prezența sângelui în peritoneu, producând asupra acestuia o acțiune de iritare, contribuind astfel la reflexul de apărare, cât și la sensibilitatea la tușeu a Douglasului.

Mulți contestă vreo contribuție a sângelui intraperitoneal la fenomenul de contractură.

În inundațiile masive și la persoanele mai slabe și copii, după 3—5 zile sau mai mult, se observă o colorație albăstruie a tegumentului abdominal, ca și când s'ar vedea prin transparență sângele din marea cavitate. Se datorește începutului de rezorbție.

Considerând după Fargue, se poate face o analogie între rezorbția hemotoracelui și al hemoperitoneului. Din cercetările lui Tuffier și Milian sângele rămâne fluid, dacă hemotoracele, respectiv hemoperitoneul este absolut aseptice. Revărsările mici sunt repede

rezorbite, printr'un proces de fagocitoză, la care ia parte celulele endoteliale și leucocite emigrate.

Când sângele este în mare cantitate și rămâne lichid, începe a se decolora, numărul globulelor scade, datorit unui proces de hemoliză și fagocitoză. Hemoliza este variabilă și durează destul de lung uneori. După Guillain și Troisier și Duperic hematiile pierd întâi materiile colorante, apoi se sedimentează. Fagocitoza se exercită de leucocite și celule endoteliale a căror proporție variază cu gradul de reacție inflamatorie a seroasei. Marile celule endoteliale par a juca rolul dominant în rezorbția hematiilor (Forgue).

* * *

In cât timp se rezoarbe hemoperitoneul?

Duruta depinde de mulți factori, făcând-o extrem de variabilă. Ea depinde de cantitatea de sânge extravazat, de starea fluidă sau coagulată a acestuia, de gradul de asepsie, de capacitatea de rezorbție a peritoneului și de suprafața de contact a seroasei peritoneale cu sângele extravazat.

O cantitate mai mică de sânge, care se răspândește pe întreaga suprafață peritoneală se va rezorbi mai repede. Coagulii sanghinei se rezorb mult mai greu sau aproape de loc. Ei constituie adevărate travee de înaintare al procesului de fibrozare al aderențelor și viitoarelor bride.

Organismul are tendința de a bloca sursa de hemoragie, dacă nu total, limitându-i totuși spațiul. În acest caz sângele nu mai este liber în întreaga cavitate peritoneală. Rezorbția lui este mult mai anevoioasă din cauză că aceasta trebuie îndeplinită de o suprafață mult mai redusă de seroasă. În majoritatea cazurilor, aceste limitări nici nu se rezorb și dacă nu intervine supurația sau cauze care să desfacă blocarea și revărsarea în spațiul liber, prin organizare se transformă în adevărate chiste hematice cu toate caracteristicile lor clinice.

Capacitatea de rezorbție a seroasei peritoneale este slabă. Demonstrațiuni făcute cu substanțe ușoare de rezorbție și eliminare cum este albastrul de metilen și indigocarmină, au arătat acest fapt (Prof. Al. Pop).

* * *

Pentru organism, sângele extravazat este o mare pierdere. S'a căutat ca acesta să fie câștigat reinjectându-l, sau lăsându-l pe loc pentru a fi rezorbit și

închizând cavitatea, după ce mai întâi s'a rezolvat oprirea hemoragiei.

Kreuter a reinjectat pentru prima dată sângele hemoragiilor interne traumatiche.

Dannheisser (Nürnberg) publică 12 cazuri de reinjectări de sânge, după ce în prealabil îl filtrează și-l amestecă în părți egale cu serul Ringer. A avut trei cazuri mortale toate fiind hemoragii de origine hepatică.

Filatoff a remarcat că amestecul de bilă și sânge, provenit din leziunile ficatului, este toxic și contraindicat în reinjecție sau menținerea lui pentru rezorbție.

Accidentele la care dă naștere face ca reinjecția sângelui să fie o metodă periculoasă.

Cât privește „lăsarea pe loc”, este uzitată de mulți chirurghi, pentru considerentul că sângele rezorbit contribuie într-o mare măsură la remontarea organismului anemiat. (Prof. Grigoriu).

Totuși rezorbția sângelui, după cum am văzut, nu este totdeauna o „dispariție fără urme” din cavitatea peritoneală, ci de multeori este însoțită sau urmată de fenomene de infecție, toxemie, organizări de spații chistice hematice, sau de aderențe.

Conduita chirurgicală a clinicii noastre față de sângele extravazat, constă în evacuarea lui (Prof. Pop, Nana, Adam: chirurgia splinei) în special a coagulilor, admitând părerile lui Döderlein, Küstner, Franz, Gueniot, Fehling și alții care susțin că: 1. niciodată nu se poate ști cu toată certitudinea dacă sângele intraperitoneal este steril sau rămâne steril și după intervenție, el putând forma mai târziu un mediu foarte propice a agenților patogeni; 2. rezorbția acestui sânge poate cauza fenomene de toxemie, datorite toxinelor care se dezvoltă în cursul descompunerii acestuia în peritoneu și 3. sângele lăsat pe loc poate favoriza formarea aderențelor provocând complicații imediate sau tardive foarte variate.

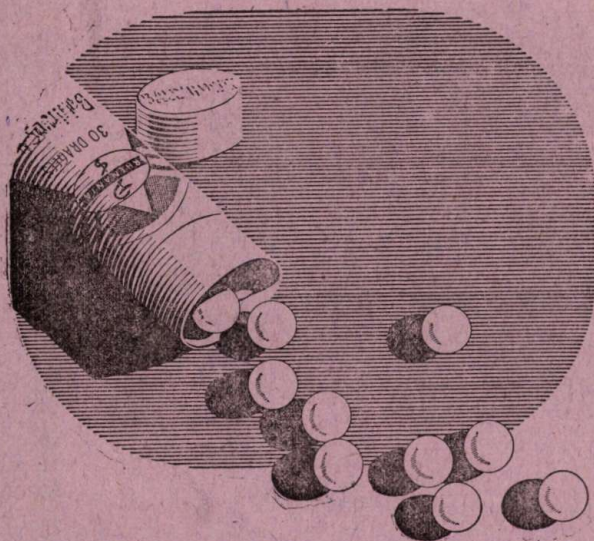
Anemiile secundare, oricare ar fi gradul lor, după oprirea hemoragiei prin actul operator, se bucură de o evoluție destul de repede spre însănătoșire.

Dacă voim totuși să ajutăm organismul la refacerea sângelui pierdut, ne stau la îndemână un mare număr de preparate hemopoetice dovedite până azi suficient de eficace.

CLINICA CHIRURGICALĂ

Director: Prof. Dr. Alexandru Pop.

Pentru obținerea unui efect satisfăcător



la terapia cu valeriană de altădată, era necesar, administrarea în doze masive.

Baldrian-Dispert, un preparat nativ, concentrat prin uscare, nu prezintă acest dezavantaj ci permite, grație standardizării sale, o acțiune sedativă completă a Valerianei. 3 Drajeuri de Baldrian-Dispert = 100 U. S. V. (Unități șoarece de valeriană) după Haffner. Concentrația aceasta înaltă se obține prin procedeul modern de fabricațiune, prin dispersiune "Dispert".

Ambalaje originale: Flacoane cu 30, 100 g 300 drajeuri.

"Rhenania" Secția Farmaceutică S.A. Kali Chemie, Berlin.

Dep.: Pharmag S.A. Brașov.

Baldrian
Dispert

preparatul foarte concentrat de valeriană, fără gust și miros

LA GRIPĂ ȘI
TOATE CELELALTE
MALADII FEBRILE
DIN CAUZA RĂCELII

QUADRONAL

ANALGEZIC
ȘI
ANTIPIRETIC
verificat



TUB ă 10 TABLETE
TUB ă 20 TABLETE
ETUIS ă 6 TABLETE



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eşantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

Hormonul lactației

pentru prima oară introdus în terapeutică
prin

Suppletan-Salbe

bazat pe faptul că aplicația locală percutană
este cel mai favorabil mod de întrebuințare
pentru acest hormon.

Indicațiuni: agalactie hormonală, încetarea
timpurie a secreției lactate.

Forma de prezentare: tub. orig. cu 20 g.



C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Starea actuală a tratamentului dermatozelor parazitare

de

Dr. Petre Țârlea

șef de lucrări

Timpurile excepționale de azi, pe lângă schimbarea vieții sub nenumărate raporturi, au o înrăurire evidentă și asupra frecvenței unor afecțiuni parazitare. Astfel, condițiile anormale, la care este supusă populația de 3 ani încoace, cu concentrări, mobilizări și războiul actual, conviețuirea masselor omenesti în condițiuni detestabile, în imposibilitate de a răspunde regulilor elementare de igienă, apoi contactul trupelor în recenta campanie cu populația din teritoriile ocupate, care trăiește într-o cumplită mizerie fizică, au avut ca rezultat, în primul rând, înmulțirea afecțiunilor cutanate, produse de paraziți din regnul animal.

În aceste rânduri, destinate practicei medicale de toate zilele, voi schița câteva metode terapeutice practice, simple, ieftine, verificate de noi pe un vast material de bolnavi, vizând cele mai frecvente boli parazitare din grupa epizoonozelor (pediculozele) și a dermatozoonozelor (scabia), de o vădită actualitate.

Pediculoza de haine. Dintre toate afecțiunile parazitare, pediculoza de haine este cea mai frecventă, în timp de războiu. Manifestațiunile cutanate sunt neînsemnate, atunci când este vorba de o pediculoză incidentală, cum se întâmplă în războiu, de aceea nu ne oprim la tratamentul alterațiunilor cutanate cunoscute la pediculoza cronică, sub numele de „piele de vagabond” (vagabond's disease). Erupțiunile urticariene și excoriațiile lineare localizate în regiunea omoplaților și în jurul centurei, care însoțesc pediculoza de haine incidentală, se vindecă ușor, prin mixtură simplă (ac. boric 3 gr. zinc-talc-glicerină-apă dest. aa. ad 100 gr.) sau oleu zincat (zinc-oleu oliv. aa).

Ca mijloace de profilaxie individuală, în timpul campaniei și mai ales în anotimpurile reci, se recomandă diferite substanțe aromate ca: ol. de terebentină, ol. de garioare, naftalină, pudră de Sulf, Creosot, piper, formol, pungi cu praf de tutun, fără vreo valoare reală profilactică. Singura metodă recomandabilă sub acest raport, este vechea metodă empirică populară, practică de ciobanii noștri, de a îmbiba lămpa și chiar pielea, cu o grăsime oarecare (uleiuri, seu, etc.). Deparazitarea individuală și colectivă privește serviciul de igienă și profilaxie, deci nu ne extindem asupra acestei probleme și a importanței ei, sub raportul prevenirii epidemiilor de tifos exantematic.

Pediculoza de cap. Ea este o afecțiune parazită cu aceeași frecvență în timp de războiu, dar fără însemnătatea pediculozei de haine. Odată diagnosticul

fixat prin prezența paraziților sau a ouălor, ori dacă acestea sunt în număr prea redus, chiar din leziunile cutanate secundare patognomonice: eczema cefei, excoriații și impetigo al pielii păroase a capului, tratamentul va viza distrugerea paraziților, leziunile cutanate în majoritatea cazurilor vindecându-se spontan.

Mijloacele antiparazitare sunt foarte numeroase. Metodele vechi, prin aplicarea oțetului de Sabadilla (conține veratrină și alte alcaloide!), apă fenicată 2.5% (Whitfield), sau a substanțelor inflamabile: petrol lampant, xylol în vaselină sau în alcool-acetonă-eter, azi nu se mai aplică, din cauza multiplelor inconveniente, legate de întrebuințarea lor.

Noi recomandăm: pentru bolnavii săraci și ca tratament în masă, metoda veche vieneză, constătătoare din aplicarea peste noapte a unui prosop înmuiat într'un amestec de petrol + unt de lemn în părți egale (neinflamabil!), peste care se aplică fie un pansament sub formă de calotă, fie o cască de cauciuc. Dimineața capul se spală cu apă caldă și săpun, sau apă oțetată (3 linguri de oțet de gătit la un litru de apă) și apoi părul se piaptănă cu un pieptene des, înmuiat în oțet cald, pentru a îndepărta de pe tija perilor ouăle de paraziți. Acest procedeu este suficient pentru combaterea pediculozei, mal cu seamă, dacă el se repetă după o săptămână, pentru a preveni recidivele.

În clientela bună, în locul amestecului de mai sus, incomod de aplicat și cu miros neplăcut, prescriem specialități farmaceutice. Astfel „Cuprex” (Merck) în flacoane de 50 și 100 gr, o soluție verde, fără miros, cu bază de Cupru, foarte activ și relativ ieftin, cu care se fricționează capul și apoi se spală peste 2 ore și se piaptănă cu un pieptene des, ca mai sus. Singurul inconvenient, colorația verde trecătoare a perilor, dispare în scurt timp. Preparatul se poate aplica și în prezența leziunilor cutanate secundare. Se recomandă a feri ochii, de teama conjunctivitei. Cu aceleași rezultate bune se poate administra și preparatul „Nissex” (Bad Homburg), un extract vegetal incolor, care disolvă învelișul de chitină al ouălor.

Leziunile eczematoase sau impetiginoase ce nu dispar spontan prin deparazitare, se tratează cu pomezi de Rivanol 1%, precipitat alb 2%, oxid galben de Mercur 2% + ac. salicilic-resorcină 1%.

Natural, se va face desinfecția efectelor ca: pălărie, căciulă, șapcă, beretă, năframă, perie de păr, pieptene.

Ca măsură de profilaxie, păduchii și ouăle fiind foarte sensibili față de umezeală, prin spălarea capului la intervale nu prea mari (1—2 săptămâni), se poate ușor împiedeca înmulțirea paraziților.

Pediculoza pubiană (Ftiriaza inghinală). Metodele antiparazitare clasice, întrebuințate în tratamentul acestei afecțiuni se împart în două categorii: unele cu bază de hidrocarburi, altele aplicând Mercurul. În prima grupă avem petrolul, xylolul 50 gr. în alcool-acetonă aa 25 gr (Gougerot), xylol în vaselină 25%, iar ca specialități farmaceutice „Cuprex” și „Nissex”. Hidrocarburile sunt antiparazitare în mod indirect, prin obstruarea porilor respiratorii. Din această categorie pre-preparatul „Cuprex” s'a dovedit a fi cel mai eficace și bine tolerat, cu singurul desavantaj, că nu se poate aplica în prezența leziunilor cutanate de iritație (dermatită, eczematizație), provocate de tratamente iraționale, ori de însuși parazitul. Se procedează în felul următor: se umezește un tampon de vată cu Cuprex, se fricționează regiunile păroase interesate (reg. pubiană, perigenitală, perianală, hipogastru, eventual axilele, genele, barba), de douăori, la intervale de 10 minute, apoi peste o oră se spală cu apă și săpun (baie) și se pieptănă cu un pieptene des. În grupa doua de mijloace antiparazitare avem preparatele mercuriale, cu o acțiune patazitică directă. Amintim în primul rând sublimatul ($HgCl_2$) sub formă de soluție (în glicerină 1%, în spirt diluat 0,25—1%, în oțet diluat 1/300), sau pomezi (ungt. cinereu, precipitat alb NH_2HgCl 10%). Aceste prescripții au desavantajul, că pe de o parte ele irită pielea, pe de altă parte aplicarea lor sub formă de alifii este incomodă, murdărind lingerie bolnavilor.

În ultimul timp *Asbeck*, bazat pe constatarea, că în preparatele mercuriale întrebuințate ca substanțe antiparazitare, partea activă o constituie atomul de Clor, în tratamentul pediculozei pubiene a introdus Calomelul ($HgCl$), o pudră albă, insolubilă, indiferentă față de piele, deci neiritantă sub această formă, putându-se aplica chiar și în prezența leziunilor cutanate de iritație. Calomelul preparat prin vapori, este foarte fin dispersat, ceea ce îi permite o acțiune întinsă în suprafață. Pentru a-i favoriza această proprietate, autorul întrebuințează un vehicul pulverizat, talcul. Prescripția este următoarea: *Rp.* Calomel vap. parat. 12 gr., Talc ad 40 gr. D. ad scatulam. Se procedează astfel: Bolnavul, cu ajutorul unui ac de siguranță perforază fundul cutiei de carton în care este ambalată pudra, făcând 20 de găuri. Cu această pudră se pudrează părțile interesate dimineața și seara, timp de 3 zile, în acest timp fiind interzis contactul acestor regiuni cu apa. A 4-a zi va face o baie și își schimbă lingerie. Paraziții sunt distruși deja a 2-a zi, astfel dispăre și pruritul. Leziunile cutanate iritative dispar și ele fără nici un alt tratament. Această metodă am aplicat-o în 12 cazuri cu rezultate

excelente, și astfel o recomand ca una dintre cele mai practice metode de deparazitare, care nu irită, nu este toxică, nu murdărește efectele bolnavilor, în același timp fiind și cel mai ieftin mijloc în combaterea ftiriazii inghinale.

Scabia. Este o sarcină grea, de a alege din vastul arsenal terapeutic antiscabios medicamentul cel mai potrivit, deoarece nici o altă dermatoză nu ne oferă o varietate atât de mare de mijloace de tratament, ca tocmai scabia. Dacă în Medicină domină principiul fundamental al individualizării, considerând bolnavul ca problemă și nu boala în mod schematic, apoi acest principiu este cu atât mai valabil în Dermatologie și în deosebi în scabie. Astfel, în cazuri necomplicate și la bărbați, aplicăm medicamente energice. pe când la femei, copii și în prezența leziunilor eczematizate tratamentul va fi condus cu prudență și cu mijloace puțin active. În serviciile spitalicești se pot aplica medicamente cu miros pătrunzător sau care murdăresc lingerie, dacă acest fel de medicamente ne dau rezultate mai bune, dar pe care nu le putem aplica în tratamentul ambulant, din motivele arătate. Și în fine, trebuie să ținem cont la alegerea medicamentului și de un factor social-economic important, de starea materială a bolnavului, prescriindu-i medicamente în raport cu posibilitatea lui materială.

În general, în tratamentul scabiei deosebim metode *rapide* (Schnellkur) și metode *lente*.

Metodele rapide se aplică în cazurile de epidemie în colectivitate, ori în tratament ambulant, unde din oarecare motive se cere urgență. Durata lor variază între 1—3 ore. Astfel, metoda cea mai veche, a lui *Hardy*, care se aplică la Hôpital St. Louis Paris, constă din fricțiuni energice cu ajutorul unor mănuși speciale, dure, și săpun verde (de potasă) timp de 1/2 oră, pentru a deschide galeriile epidermice, continuând fricțiunea și în baie ce urmează, timp de o oră. După aceea se unge cu alifia sulfuroasă *Helmerich-Hardy* (Sulf pp. 20 gr., Carbonat de K. 10 gr., axungia 120 gr.) timp de 1/2 oră, și pe urmă bolnavul ia o baie de curățenie. Durata acestei cure este de 2 ore, în care timp se desinfectează efectele bolnavului.

Metoda preconizată de medicul general belgian *Vlemingx*, cu aceeași durată de 2 ore, aplică fricțiuni cu săpun verde timp de 1/2 oră. baie de 1/2 oră, apoi fricțiuni în apropierea unei sobe încălzite timp de 1/2 oră cu soluția *Vlemingx* (Calc. usta 200 gr., Flor. Sulf 400 gr., apă ad 2000 gr.), în mai multe reprize și pe urmă baie de curățenie.

Metoda *Oppenheim* (Wien), cu o durată de 3 ore, prin care autorul a tratat în timpul unei epidemii de scabie imediat după războiul mondial trecut, peste 40.000 de cazuri, este modificarea metodei Hardy, aplicând alifia modificată de autor (Sulf pp. 25 gr.,

Carbonat de K. 10 gr., Vaseline 125 gr.). Bolnavul uns, va rămâne culcat și învelit în păături timp de 2 ore, apoi după o baie de curățenie se va mai unge cu o pastă zincată, pentru a preveni dermatita după Sulf.

Metoda daneză *Nielsen* durează numai o oră și întrebuițează un spirt cu benzoat de benzyl, numit „Peruskabin”. Bolnavul se fricționează timp de 15 minute cu săpun verde, continuând fricțiunea și în baie timp de 10 minute, după care se pensulează cu preparatul amintit rând pe rând extremitățile și trunchiul în mai multe etape. Baia de curățenie urmează în ziua următoare.

Desavantajul curelor rapide rezidă în faptul, că ele iritând tegumentele, nu se pot aplica la copii, la persoane cu pielea sensibilă și la cei cu eczematizație.

Metode lente. Medicamentul suveran clasic în aceste cure este Sulful.

Școala Clujană aplică după o baie emolientă de $\frac{1}{2}$ oră, fricțiuni dimineața și seara, timp de 3 zile, cu alifia *Helmerich* (Sulf pp. 20 gr., Carbonat de K 10 gr., Vaseline 120 gr.). A patra zi, baie de curățenie, schimbarea efectelor și desinfecția locuinței. Această metodă foarte energică, fiind iritantă, nu se poate aplica la copii și reclamă prudență și la adulții cu pielea sensibilă, iar mirosul trădător de Sulf o face improprie în clientela bună. Dermatitele provocate de alifia sulfurată se calmează prin mixtură simplă, sau oleu zincat (vezi pediculoza de haine). Vom reveni mai jos asupra medicamentelor aplicabile la copii și indivizi cu pielea sensibilă.

Școala Bucureșteană (*Nicolau*) aplică aceeași metodă, cu o modificare neînsemnată a formulei *Helmerich* (Sulf pp., Cretă prep. aa 10, Vaseline 100 gr.).

Școala Vineză întrebuițează Sulful sub forma pomezii lui *Wilkinson* (Flor. Sulf., Ol. cad. aa 30 gr., Sapo virid., Axungia aa 60 gr., Cretă albă 20 gr.), care după ce se unge și se pudrează, se menține pe corp timp de o săptămână. Desavantajul metodei rezidă în culoarea neagră-verzuie și în mirosul neplăcut.

Școala Franceză (*Milian*) aplică o pomadă de polisulfuri (Polisulf. de K, Zinc oxid. aa 20 gr., Apă dest., Ol. vasel. aa 40 gr., Lanolină, Vaseline aa 50 gr.), care rămâne pe tegumente timp de 36 ore. Tot această școală mai întrebuițează și Creosotul, aplicându-l timp de 5 zile.

În clientela bună, la copii și persoane cu pielea sensibilă, prescriem specialități farmaceutice cu bază de Sulf, având pe lângă o perfectă dispersiune coloidală și mirosul camuflat al Sulfului. Cel mai cunoscut din seria acestor preparate este „Mitigal” (Bayer), care conține Sulf coloidal 25% în vehicul uleios, în flacoane de 75 și 150 gr. „Catamin” (Riedel), o pastă zincată ce conține 5% Sulf coloidal, în tuburi de 50 și 100 gr. „Aulinogen” (Boehringer) un lichid uleios cu bază de

Sulf, în flacoane de 50 și 100 gr. Tot aici amintesc preparatul sintetic (fără bază de Sulf), incolor și neiritant, „Ristin” (Bayer) în flacoane de 175 gr.

Un medicament vechiu, prescris mai mult în clientela infantilă, este *Styraxul*, un balsam al arborelui *Liquidambar orientalis*, în următoarele prescripții: *Styrax liq.* 50 gr., Spirt, Ol. lini aa 25 gr., sau 10% în vaselină, ori *Styrax*, Balsam de Peru aa 10 gr., Vaseline ad 100 gr. Specialitatea „Ecrasol” cu bază de *Styrax* și ac. salicilic indicat la copii.

Un alt preparat antiscabios vechiu și foarte răspândit este balsamul de Peru, o substanță neiritantă, cu miros plăcut, dar fiind scump, nu se prea aplică pur, ci în concentrații mai mici, în diverse vehicule: în glicerină 20%, sau în părți egale cu alcool, aplicat timp de o săptămână. La copii, prescripția preferată a Clinicii noastre este: Balsam de Peru, *Styrax liq.* aa 10 gr., Vaseline ad 100 gr.

Azi se întrebuițează foarte mult în țările scandinave, în Franța și în ultimul timp și la noi, un ester al acidului benzoic: benzoatul de benzyl în diferite prescripții ori sub formă de specialități farmaceutice: „Perugen” (flacon de 150 gr.), „Peruskabin” (flacon de 100 gr.), „Peruol” (flacon de 60 gr.), „Scabiol” (Byla, flacon de 80 gr.), „Scabional” (Sapic-Wander, flacon de 80 gr.).

De un an încoace, îndemnați de rezultatele bune publicate de *van Schouwen* din Rotterdam, obținute cu prescripția magistrală a „Peruol”-ului: benzoat de benzyl 37,5 gr., Ol. sesami ad 150 gr., am aplicat-o în mod curent atât în clinică, cât și în mod particular la un număr de 35 cazuri de scabie, complicate sau nu, la bărbați, femei și copii cu deplin succes. Acesta este un lichid uleios galben, cu un miros plăcut, discret, care nu murdărește și nu irită tegumentele. După o baie emolientă, bolnavii se fricționează în trei seri consecutive, iar a 4-a seară, după o baie de curățenie, se schimbă efectele, pe lângă desinfecția radicală a locuinței și măsurile de precauție în ceea ce privește persoanele cu scabie deghizată din anturajul bolnavului. Senzația de piele aspră, uscată, ce se prezintă după acest tratament, se remediază ușor, printr'un corp gras oarecare. Cu acest preparat se poate realiza și cură rapidă (*Kissmeyer*): după o baie emolientă de $\frac{1}{4}$ de oră, se fricționează de trei ori, la intervale de 10 minute, terminând printr'o baie de $\frac{1}{4}$ de oră. Durata curei este deci o oră și după ea nu se observă dermatite. Pe lângă avantajele schițate, acest medicament este și cel mai economic, mai ieftin chiar ca alifia antiscabioasă populară.

Pentru a demonstra toleranța perfectă a medicamentului chiar și la sugaci, a căror piele — după cum se știe de medici și laici deopotrivă — este extrem de sensibilă, dau rezumatul a două observații recente de tratament antiscabios la sugaci, cu

pielea sensibilizată prin prezența unei diateze exsudative (eczemă infantilă).

O. C., de 3 luni, suferă de diateză exsudativă dela vârsta de 6 săptămâni, cu erupțiuni eczematoase diseminate pe pielea păroasă a capului, obraji și trunchiu, în majoritate cu fenomene exsudative, erozive și crustuoase. De două săptămâni fenomenelor cutanate de mai sus, se adaugă erupțiuni papulo-veziculo-pustuloase diseminate pe extremități și cu o localizare patognomonică pentru scabia sugacilor, pe palme și plante, sursa de infecție fiind o îngrijitoare nou angajată. Părinții la început n'au voit să accepte propunerea mea de a aplica tratamentul antiscabios pe întreg corpul, deci și pe părțile interesate de diateza exsudativă, temându-se de agravarea acesteia. Luându-mi răspunderea pentru orice înrăutățire ce ar urma prin tratamentul antiscabios, am aplicat metoda cu benzoat de benzyl, în prescripția originală, cu un oarecare scepticism, fiind primul caz de acest fel. Și spre satisfacția mea și mirarea părinților, după cura antiscabioasă au dispărut și erupțiunile eczematoase de pe trunchiu, persistând însă pe părțile nefricționate, adică pe față și pe pielea păroasă a capului. Revăzut după o lună, copilul păstrează aceeași stare satisfăcătoare a tegumentelor.

În cazul al doilea este vorba de copilul G. I., de 11 luni, la care pe lângă un strofulus infantil pe cale de sistematizare, cu erupțiuni tipice sero-papuloase pe un fond urticarian, apărând în puseuri, am putut pune în evidență și manifestațiuni tipice de

scabie, prezentă și la mamă. Fricțiunile cu oleul benzyl-benzoat au produs o ameliorare evidentă a erupțiunilor de strofulus și o vindecare promptă a scabiei.

Rezumând considerațiunile critice expuse asupra tratamentului scabiei, putem afirma că dintre toate mijloacele clasice și preparatele farmaceutice vechi și moderne, benzoatul de benzyl în oleu de sesam constituie metoda terapeutică ce ne-a dat cele mai bune rezultate, de aceea îl recomand insistent, fiind convins, că prin aceasta aduc un real serviciu tuturor acelor, cari au de prescris sau de urmat o cură antiscabioasă.

Bibliografie

Asbeck: Derm. Wschr., Bd. 112, Nr. 15/1941. — Goldman Ref. Derm. Wschr., Bd. 110, Nr. 9/1940. — Grütz: in Arzt-Zieler Handb. d. Haut- u. Geschl., Bd. 3/1934. — Kiess: in Hautkr. des Kindesalter Pfaundler-Schlossmann, 1935. — Kissmeyer: Bull. Soc. Fr. Derm., 1938, Nr. 7. — Pick: in Jadassohn Handb. d. Haut- u. Geschl., Bd. IX/1. 1929. — Schouwen: Derm. Wschr., Bd. 111, Nr. 1/1941. — Touraine, Leroux: Bull. Soc. Fr. Derm., 1938, Nr. 5.

CLINICA DERMATO-VENERICĂ CLUJ-SIBIU
Director: Prof. Dr. C. Tătaru.

Probleme profesionale

Considerațiuni asupra pregătirii și recrutării viitorului medic de circumscripție rurală

de

Dr. Vasile Moțoiu,
medic de circumscripție rurală

Departa de mine gândul de a avea pretenția unui organizator al serviciului sanitar rural, cât și competența unui îndrumător în ceea ce privește pregătirea ce trebuie să o aibă medicul de circumscripție rurală.

Cele ce urmează sunt observațiunile zilnice, rezultatul unei experiențe a câtorva ani de activitate în mediul rural pe terenul sănătății publice.

Azi, când întreaga organizație a Statului are ca obiectiv principal consolidarea lui în toate domeniile și în special al sănătății, cred absolut necesar, în calitatea mea de medic de circumscripție, ca unul ce se lovește zilnic de diferite probleme de sănătate, să-mi spun cuvântul în modul cel mai sincer și desinteresat, relativ la recrutarea medicului de circumscripție.

Nu știu de ce, dar în majoritatea cazurilor, în ce privește formarea elementelor medicale, atât legiului, cât și corpul profesional medical, s'a ocupat aproape exclusiv numai de formarea, așa zisilor, specialiști din domeniul medicinei curative, lăsând într-o completă

ignoranță pe plonerul sănătății publice, medicul de circumscripție rurală.

De asemenea în desele discuțiuni colegiale și în special cu acela cărora soarta le-a hărăzit posibilitatea de a-și face o specialitate, activând numai în mediul urban, necunoscând absolut deloc greutățile mediului rural, au căutat să-mi demonstreze că medicul de circumscripție rurală n'ar avea o importanță prea mare, el n'ar fi decât un simplu polițist sanitar, punându-l cu multă desconsiderare pe un plan de inferioritate față de toți ceilalți colegi.

Calitatea mea de medic de circumscripție rurală, spre a nu fi acuzat de subiectivism, nu-mi îngăduie de a arăta rolul principal ce îl are acest medic și lasa ca cel ce vor să fie drepti cu el, să-și spună cuvântul lor sincer.

Lipsa inițială de experiență, inerentă tinerilor medici ce se hotărăsc a activa în mediul rural, cât și greutățile zilnice ce le întâmpină, atrag după sine o serie de întrebări, ca: cine poate deveni medic de circum-



SENNA-CARBON

TABLETE

Folia sennae plv.
Fel tauri depur.
Carbo depur.
Sulfur depur.
Ol. menthae & phoeniculi

Gastrite, Intoxicațiuni
alimentare, Constipații
acute și cronice



MYKOCID

TINCTURĂ

Jodo-phenol-trichloroxy-
aethanol-dioxybensol-
formol-fuxin-borat

Combaterea micoselor
parazitare



Fabrica HYGEA-CLUJ, S. A. R.

BUCUREȘTI

PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE

Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE
GEDEON RICHTER S.
A.
București V. Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Preparat sulfamidat

AMBESID Tablete și fiole

conținând 0,40 gr. Paraaminobenzolsulfamid pe tabletă

Fiole de 2 și 5 cc. cu un conținut de 10%

Indicat în stările de infecțiuni cu streptococi, stafilococi, meningococi, gonococi și colibacili.

Profilaxia și tratamentul infecțiunilor căilor respiratorii la adulți și la copii cu

CHINAETHER

eter

chinină

camfor

pentru injecțiuni intramusculare.

Eficacitate remarcabilă în tusea convulsivă, pneumonii, complicațiuni pulmonare postoperatorii, etc., etc.

Hormonul folicular cristalizat

GLANDUBOLIN

Tablete de 100, 300 și 1.000 unități internaționale.

Fiole de 100, 300 și 1000 unități internaționale, în soluție apoasă.

Fiole de 1000, 10.000 și 50.000 unități internaționale, în soluție uleioasă.

scripție rurală, ce pregătire trebuie să aibă el, cari sunt criteriile de selecționare, îndatoririle și drepturile.

Iată o serie de întrebări la care vom încerca a da răspuns, căutând a clarifica atât opinia publică, cât și pe colegii cari încă mai au o urmă de îndoielă, contestând importanța cuvenită medicului de circumscripție rurală, adevăratul apostol al sănătății publice.

Și pentru a nu cădea în greșala celor mulți, făcând considerațiuni de ordin pur teoretic, vom încerca pe cât va fi posibil ca răspunsurile să fie în cea mai perfectă armonie cu necesitățile ce le prezintă multiplele și diversele probleme de sănătate ale mediului nostru rural.

Înainte de a intra în subiectul propriu zis, să analizăm puțin cari erau și sunt încă până în prezent, după toate legile organizării noastre sanitare, condițiile de recrutare a medicului de circumscripție rurală.

Medic de circumscripție rurală putea și poate deveni orice medic care trece acel examen de capacitate, examenul de medic de circumscripție.

Dintr'u început afirm cu toată convingerea: este prea puțin.

Problemele ce se pun azi tânărului medic de circumscripție, nu cred că mai pot fi în întregime soluționate, având ca bază de supremă pregătire numai acel examen de capacitate.

Dacă medicilor specialiști din domeniul medicinei curative li se cere un stagiu de doi, trei ani în specialitatea respectivă, de ce medicul de circumscripție, cărui li se cere să rezolve probleme atât de multiple și variate de medicină preventivă și curativă, încredințându-i-se în același timp un număr atât de mare a populației rurale, li se pretinde pur și simplu numai acel examen de capacitate?

Oricât de bine ar fi intenționat tânărul medic de circumscripție și oricât de bun student ar fi fost el, totuși acel examen de capacitate nu-l conferă prea multă posibilitate de a pătrunde toate problemele ce li se cer, putând să lupte cu greutatea ce le întâlnește în mediul rural.

N'ar fi mai util ca, înainte de a pleca pe teren, tânărul medic să fie înarmat cu toate cunoștințele necesare luptei ce are de dat în mediul rural?

De ce trebuie lăsat acest medic să bătăie în întuneric, răpindu-i un timp destul de important spre a-și câștiga singur experiența necesară rezolvării problemelor ce li se cer?

Oare medicul de circumscripție rurală n'ar putea constitui o specialitate? Eu cred justificat acest deziderat și o legislație a lui s'ar impune cât mai urgent. Numai un medic bine pregătit va putea corecta în mare parte neajunsurile ce le prezintă mediul rural d. p. d. v. sanitar.

Cursul de medic igienist este foarte bun pentru medicul de circumscripție, însă are un punct vulnerabil,

și anume, cursul fiind facultativ, au fost prea puțin acela cari s'au putut convinge de rostul și importanța lui.

Și spre a nu depăși prea mult spațiul acestui articol, vom trece la subiectul propus, răspunzând la întrebările de mai sus.

1. Cariera de medic de circumscripție rurală ar trebui să fie determinată de un sever examen de conștiință a fiecărui medic care dorește a activa în mediul rural. Nu orice medic poate lupta cu greutatea și ignoranța mediului rural. Numai acel medic care va fi capabil de o doză mare de sacrificiu, va putea spune că a realizat ceva pe ogorul sănătății publice.

Aici, ca și în preoție sau filozofie, medicul de circumscripție va trebui să fie un individ cu totul diferențiat de toți ceilalți colegi, în sensul unei dotări speciale, a vocației ce trebuie s'o aibă medicul de circumscripție rurală.

2. Odată conștient de această necesitate și de greaua sarcină, precum și de răspunderea ce și-o ia tânărul medic, el va trebui instruit în consecință, dându-i-se toate posibilitățile de a pătrunde cât mai mult problemele ce li se pun.

Nimeni să nu-și închipuie că medicul de circumscripție rurală va trebui să fie un polispecialist, dar nici într'un caz nu se mai poate admite, a se pleca în mediul rural fără cunoștințe cât mai ample referitor la medicina preventivă, puericultură, boli medico-sociale, venerii, igienă școlară, salubritate publică, medicină legală, administrație sanitară etc. Aceasta se poate realiza numai prin specializarea medicului.

3. Și dacă greutatea inerentă vremurilor ce le trăim nu ne-ar îngădui încă specializarea tuturor medicilor de circumscripție, oare nu ar fi bine ca pe lângă multele catedre teoretice ale facultăților de medicină, să se înființeze o așa zisă catedră de medicină rurală, dela care studentul și viitorul medic de mână să se înființeze în problemele ce le va avea de rezolvat în mediul rural?

Această catedră va trebui să fie o adevărată școală românească, de o adâncă cunoaștere a problemelor sanitare rurale și de o reală adaptare la specificul nostru rural, pentru a constitui o temelnică specializare și formare a medicului chiar în timpul studenției.

Am convingerea, că o asemenea catedră va aduce un aport imens atât medicului, dar mai ales națiunii române, care așteaptă zi de zi să iasă din întunericul ce o învăluie, ridicând cetățeanul român la un standard de viață optim, punându-l și pe el pe același treaptă de civilizație cu cetățeanul din occident.

Admițând că într'un viitor apropiat vom avea pe acel medic ideal în mediul rural, totuși nu va fi de ajuns dacă ne vom mulțumi cu atât. Medicul de circumscripție va trebui să fie într'un contact intim cu progresele științei și aceasta se va putea realiza dacă

se va înțelege această necesitate, satisfăcând cât mai urgent o parte din dezideratele acestui modest reprezentant al sănătății publice.

4. Înființarea unei biblioteci medicale, care să constituie cea mai prețioasă zestre a circumscripției sanitare, n'ar fi o pretențiune nejustificată și nici o sarcină prea mare pentru bugetul ministerului nostru. Azi când greutățile de ordin material sunt așa de mari, posibilitățile de câștig fiind minime, majoritatea medicilor de circumscripție nu vor fi nici odată în stare să-și procure acea modestă bibliotecă, singurul lui tovarăș în mediul rural.

Isolarea în care se găsește medicul de circumscripție rurală, reclamă de urgență existența acestei biblioteci.

5. Acordarea sistematică anuală a concediilor de studii, de cel puțin o lună, ar constitui un fericit prilej de a menține medicul de circumscripție într-o continuă legătură cu toate progresele ce le face zi de zi medicina.

Mal mult chiar decât atât ca un stimulent, cât și o satisfacție de ordin moral, s'ar impune o selecționare cât mai dreaptă a celor mai bune elemente, dându-le posibilitatea de a studia în străinătate diferite probleme de medicină și organizare sanitară. Plecarea anuală peste hotare a unui grup de medici sanitar pe timp de două-trei luni, ne-ar fi de un real folos medicilor de circumscripție, cât și țării noastre. În felul acesta se vor putea pune la punct o serie întreagă de probleme sanitare, dar mai ales s'ar crea un sistem de propagandă serios, atât de necesar nouă, făcându-ne cunoscuți vecinilor noștri și sub acest raport, spulberându-le și ultima urmă de îndolală ce ar mai avea-o despre organizarea și funcționarea serviciului nostru sanitar.

6. Un alt factor chemat în mare măsură să influențeze în bine sănătatea publică din mediul rural, cât și perfecționarea medicului de circumscripție, ar fi o cât mai intimă și sinceră colaborare a lui cu toți ceilalți colegi de specialitate. Aceasta s'ar putea realiza printr-o deschidere mai largă a porții de pătrundere a medicului sanitar în comitetele colegiilor medicale.

Prezența unui număr cât mai mare de medici de circumscripție rurală în aceste comitete ar da posibilitatea medicilor din mediul urban să cunoască mai deaproape diferitele probleme de sănătate rurală. În felul acesta cele două categorii de medici vor putea judeca mai obiectiv toate problemele sanitare regionale, formând un bloc compact și unitar de gândire în vederea elaborării principiilor de organizare sanitară. Având în vedere numărul mare al populației ce-l reprezintă medicul de circumscripție rurală, o stabilire a proporționalității numărului de participare a medicilor

sanitari, în comitetele colegiilor medicale ar constitui un drept al lor.

7. Medicul de circumscripție rurală fiind primul cercetător și explorator a multor probleme de sănătate, el fiind singurul reprezentant al sănătății publice ce la contact direct și zilnic cu greutățile și ignoranța mediului rural, în acest domeniu, pe bună dreptate i s'ar putea admite participarea lui în consiliul sanitar superior al ministerului nostru.

Câte un reprezentant al acestor categorii de medici pe fie care Inspectorat sanitar, n'ar îngreuna absolut cu nimic buna funcționare al acestui consiliu, ci din contră ar deschide orizonturi noul medicului de circumscripție, dându-i posibilitatea de a se iniția și el în problemele de organizare, direct dela centru.

Această dorință să nu constituie pentru nimeni o pretenție nejustificată și nici un favor, ci ea va trebui considerată și privită ca un drept bine meritat medicului de circumscripție.

8 Conferirea de distincțiuni, cât și avansarea onorifică a celor mai capabili medici de circumscripție, ca o justă recompensă a activității lor, va atrage după sine o accentuare și mai mare a dorinței de a munci cât mai mult și cât mai dezinteresat pe ogorul sănătății publice.

9. De asemenea o protejare din partea tuturor organelor noastre de stat, cât și respectarea în întregime a drepturilor medicilor de circumscripție, va contribui într-o măsură destul de mare la formarea medicului, cât și la consolidarea vitalității națiunii noastre.

10. Ca un corectiv imperios al bunel funcțiuni al organizării serviciului sanitar rural, ar fi de dorit o cât mai justă apreciere a medicului, din partea forurilor superioare sanitare, susținând cu toată căldura elementele valoroase și capabile, dându-le posibilitatea de a activa, cât și locul meritat.

Repartizarea și distribuirea locurilor la transferare să fie în cea mai perfectă concordanță cu capacitatea medicului și nu cu vechimea.

De ce trebuiesc ținute pe loc elementele cari s'au afirmat și verificat prin însuși activitatea lor, ca elemente de elită, pe simplul motiv că n'au vechimea necesară?

Ce aport real va aduce instituției ce-o reprezintă, medicul care are la activul său pur și simplu numai vechimea în serviciu, față de unul cu o vechime mai mică, având în schimb o activitate rodnică, sacrificându-se pentru binele acestei națiuni?

Care din cei doi va trebui susținut, lărgindu-i perspectivele și sfera de activitate? De sigur cel de al doilea.

Azi când nevoile organizării noastre de stat cere în fruntea fiecărei instituții, conducători activi și deștepti, argumentele puțin convingătoare, ca vechimea

În grad sau apropierea de casă etc. n'ar mai trebui să hotărască ocuparea unei circumscripții sanitare.

Nu cred ca toate aceste considerente, vor produce câtuși de puțin conturbațiunile în bunul mers al complexului nostru de organizare. Din contră am credința, că în felul acesta vom avea posibilitatea de a recruta elementele cele mai bune, făcând din mediul rural un punct de atracție pentru un număr foarte mare de medici, necesari redresării și organizării serviciului sanitar rural.

După cum am afirmat dela început, toate acestea nu sunt decât mici sugești și nimic mai mult.

O temelnică organizare sanitară nu se poate face decât cu elemente bine pregătite.

Toți acela ce nu se vor convinge de acest imperativ se vor înșela tot așa de mult ca și cel din trecut.

Dacă toți, dar absolut toți cei ce sunt chemați azi să conducă destinele națiunii române, vor înțelege și vor fi pătrunși de marea problemă a sănătății, vor putea spune cu adevărat că și-au făcut pe deplin datoria, dând dovadă de buni și adevărați români.

Acestel înțelegeri, medicul român din mediul rural va trebui să fie la înălțimea chemării lui, răspunzând cu toată conștiințozitatea, gata la datorie și sacrificiu, luptând din răspuțeri pentru ridicarea poporului român, punându-i odată și pentru totdeauna la locul de cinste ce i se cuvine, alături de celelalte popore civilizate.

Examenul medical prenupțial obligator în mediul rural

de

Dr. Aurel Tiniș

medicul circ. Lunca-Bradului—Mureș *)

Cercurile medicale sunt de mult preocupate de problema examenului medical prenupțial obligator, însă, până când toată lumea recunoaște valoarea teoretică a acestui lucru, mulți se îndoiesc de valoarea practică a acestei măsuri, sub motiv că, un examen medical ținut la înalt nivel științific și singurul care ar importa, este greu de făcut, cere timp, examene multiple, laborator, specialiști și, în urmă măsuri în consecință, fără de cari tot examenul n'ar avea niciun rost. Măsurile, la rândul lor, pot avea caracter medical, juridic, social, economico-financiar și... iată că problema s'a complicat așa de mult, că nu pare să fie ușor de rezolvat. Și atunci? Se lasă baltă. Această atitudine noi o considerăm greșită, căci dela zero și până la măsura cea mai perfectă într'un domeniu oarecare, poate exista un șir întreg de măsuri, fiecare incompletă în sine și susceptibilă de critici, dar nu lipsită de valoare. Plecând deci dela concepția, că o măsură, chiar neperfectă, e mai mult decât nimic, m'am hotărât în vara anului 1937, să introduc în circumscripția mea examenul medical prenupțial obligator. La început voiam doar a mă orienta asupra răspândirii boalelor venereice la cei ce se căsătoresc și mai cu seamă a sifilisului, dar la urmă am văzut că o serie întreagă de probleme se ivesc, se pot rezolva și fără specialiști și că, în definitiv, munca medicului nu poate fi încoronată decât de succes. Iată cum am procedat:

Având norocul ca circumscripția sanitară Lunca-Bradului să aibă aceeași întindere cu Notariatul Lunca-Bradului și ca actele de căsătorie să fie întocmite la

Notariat și nu la Primărie, în luna Iulie 1937, i-am expus intenția mea D-lui Notar — Ioan Cerghezan — și motivele care mă îndeamnă să fac acest lucru, cerându-i doar să nu dea curs niciunui act de căsătorie până ce mirii nu vor prezenta o adresă dela mine că au fost examinați medical în vederea contractării căsătoriei. D-l Notar m'a înțeles și s'a conformat. Vor fi probabil unii cari vor zice că amândoi am comis un act de abuz. Ei bine, aici au dreptul să vorbească cei interesați: Nu s'a găsit niciun recalcitrant nici din mediul țărănesc-muncitoresc și nici din cel intelectual, dar nu numai atât: toată lumea, fără s'o fi instruit nimeni, a înțeles dela sine că e o măsură luată spre binele celor ce se căsătoresc și astfel s'a conformat fără șovăire, dându-mi azi posibilitatea de a formula concluzii în baza unei experiențe de 3 ani împliniți.

Examenul medical constă dintr'un examen complet, adică anamneză și examenul obiectiv al diferitelor aparate și sisteme, inclusiv examen genital extern și recoltare de sânge pentru reacția Bordet-Wassermann. După acest examen urmează o mică „școală” cu viitorii soți, vorbindu-li-se în esență că, „în calitate de soți au datoria de a avea copii, dar copii sănătoși cari sunt fericirea părinților și viitorul neamului.”. În acest scop ei înșiși trebuie să fie sănătoși și de aceea au datoria să-și îngrijească sănătatea, iar când ar fi bolnavi să vie să mi se arate cu încredere. Femeia se va prezenta, îndată ce va simți că e gravidă, la consultațiile noastre, spre a obține noi îndrumări cu privire la igiena femeii gravide și despre creșterea viitorului copil etc.,

*) Articolul de față a fost scris în vara anului 1940, însă evenimentele din August au împiedecat publicarea lui. Întru cât el zugrăvește o activitate legată de această circumscripție, îl public azi, în forma originală în care a fost scris atunci.

etc. „Când sosește rezultatul reacției Wassermann se repetă cam același lucru”. După cum se vede, examenul medical prenupțial obligator, conceput de mine, e pe lângă un mic examen medical, și o mică pregătire sanitară și morală a mirilor pentru căsnicie. După terminarea examenului medical candidații primesc adresa arătată la sfârșitul articolului.

Candidații bătrâni care nu mai au șanse de a avea urmași vin și ei la examenul medical, li se face examen mai sumar și la urmă primesc adresa de mai sus, fără alte formalități.

Măsurile luate în urma acestui examen au fost toate numai de ordin medical. O singură dată m'am opus încheierii căsătoriei între un tânăr debil mintal și epileptic, bogat, și o fată de foarte bun capital biologic, săracă, combinație pusă la cale nu de candidați ci de părinții lor. În rest, neavând cazuri de boli sociale în fază de transmisibilitate exagerată (sifilis florid, tbc. evolutivă, alcoolism grav, defecte morale ereditare, etc.) n'am fost nevoit decât a lua măsuri medicale. Cazul cel mai frecvent care mi s'a oferit a fost: examen medical clinic negativ la ambii miri, reacția Wassermann intens pozitivă la unul, negativă la celălalt. În acest caz mirele bolnav a fost chemat la tratament, cel sănătos ținut sub observație. Era de altfel și inutil de a lua alte măsuri, căci legăturile afective erau adesea vechi, încât am fi obținut rezultate opuse — concubinaj — dacă ne-am fi opus încheierii căsătoriei sau am fi încercat temporizarea ei și, în plus, am fi fost ocoliți în tratamentul medical. Când reacția Wassermann era pozitivă la ambii, situația era și mai clară.

Am expus pe scurt felul examenului pe care îl fac eu într-o regiune cu relativ puține boli sociale, predominante de sifilis și alcoolism. Felul acestui examen va trebui însă să fie adaptat specificității patologice a regiunii. Altul va fi examenul și altele vor fi îndrumările și măsurile cari vor trebui să-l însoțească într-o regiune cu pelagră, tbc. etc.

Rezultate: Fiind vorba de un interval de timp foarte redus, nu pot vorbi bineînțeles de rezultate copleșitoare. Ele sunt totuși evidente, evidente mai cu seamă pentru medicii cari, identificându-se cu interesele mediului în care se găsesc, au suficientă stabilitate spre a putea culege în interesul populației fructele acestei măsuri. Repet deci că, stabilitatea medicului este una din condițiile esențiale pentru ca examenul de mai sus, să dea, ca toate celelalte mici măsuri medico-sanitare de altfel, rezultat. Medicul „voiajor” prin circumscripție nu va putea la niciun caz avea și înțelege aceste rezultate. În ceea ce mă privește, eu sunt convins că măsuri eroice în medicina preventivă nu avem decât foarte puține — vaccinările —, iar în rest în această materie nu putem obține rezultate marcante decât tocmai dela micile măsuri sanitare — cum

e și examenul nostru — conduse sistematic și fără întreruperi esențiale timp îndelungat. Aceste spuse, iată ce am obținut prin examenul de mai sus:

1. Am făcut cunoștință generației tinere care formează capitalul biologic actual și rezerva celui de mâine.

2. Am înregistrat mai bine mersul acestui fenomen demografic care reprezintă căsătoria. E altceva a asista, rând pe rând, la acest fenomen ca factor activ și iarăși altceva a-l nota doar din registrele de stare civilă.

3. Am descoperit cazuri necunoscute de sifilis și alte boli, instituind tratament în consecință.

4. Mulți din primii candidați examinați au azi deja unul sau doi copii pe cari îi aduc la consultație. Orientarea mea este adesea foarte ușurată de faptul că părinților le-am făcut cândva un examen medical complet.

5. Am făcut un pas în plus pentru inventarierea capitalului biologic al populației.

Critică și discuțiuni. Examenul medical astfel conceput are fără îndoială lacune. Prin acest examen trecem adesea cu vederea anumite boli cu caracter latent. Totuși, instruind cu blândețe candidații, îi aducem mai ușor la tratament pentru boli pe cari altfel le-ar fi ascuns sau neglijat.

Examenul prenupțial neatacând sub nicio formă — decât în cazuri cu totul excepționale — voința candidaților, e scos din orice cadru de îngrădire juridică și intră în cadrul măsurilor obișnuite cu caracter medical-sanitar.

Noi prin examenul nostru medical nu punem piedeci acțiunii candidaților și nici nu eliberăm certificate cari să exprime rezultatul unor examinări perfecte, ci prin el ne orientăm doar — noi cei din mediul candidaților — asupra sănătății lor, spre a putea lua mai bune măsuri de îndreptare tocmai în acel și numai în acel mediu. E o măsură de eugenie și biopolitică fără cadre severe de îndrumare strict științifică, dar suficientă pentru a da rezultate bune, rezultate cari vor fi bineînțeles proporționale cu zelul medicului care va mânui-o. Din acest motiv consider că, până la găsirea unor soluții mai bune, introducerea examenului medical prenupțial obligator sub forma de mai sus, mai cu seamă în mediul rural, rezerva energiei naționale, este ușoară și necesară.

Serviciul Sanitar rural Lunca-Bradului
Județul Mureș

Nr.

Către

OFICIUL STĂRII CIVILE

Tinerii..... de..... ani din comuna..... și de

..... ani, din comuna..... au fost examinați azi în vederea contractării căsătoriei.

Rezultatul examenului se găsește în registrul nostru la Nrii.....

Lunca-Bradului, la

Medic de circumscripție
Dr. Aurel Tiniș



ANTISPASMODIC
CARDIOTONIC • SEDATIV
AL SISTEMULUI NERVOS

CARDIALGINE

Dubois

dragouri

picături

BROMUR DE SPARTEINA, EXTRACTE DE
STROPHANTUS, AUBEPINE, BELLADONA, PAPAVERINĂ

LABORATOIRES

DUBOIS

16 Bd. PERIERE, PARIS 17^e

ARTHERO-SCLEROSĂ
REUMATISM
GUTA - DIABET

COLLO-JODE

Dubois

pastile

sirop

IOD, ACIZI AMINICI, PROPANTRIOL
FĂRĂ FRICĂ DE IODISME SAU INTOLERANȚĂ



Mostre gratuite la cerere:

MEDIROM S. A. R. BUCUREȘTI IV - STR. OLARI 23 - Tel. 2.39-46

AMIGDALITE
CRONICE ȘI ACUTE
LARINGITE, FARINGITE
STOMATITE, GINGIVITE

GARGARISME

TIMOL, FENOSALIL, GLICERINĂ, ALCOL DE MENTĂ

Se vor face gargarisme cu o
linguriță la un pahar cu apă

CHAUVIN

TOATE INFLAMAȚIUNILE
NASULUI, A FARINGELUI
NASAL ȘI BUCAL

ANTISEPTOL

RHINOFARINGITE, SINUZITE, HIPERTROFIA
CORNETELOR, VEGETAȚIUNI ADENOIDE, OTITE

MENTOL, CAMFOR, EUCALIPTOL
CLORETON, OL PARAFENIN

Se va picura de 2-3 ori
pe zi câteva guri în fiecare
nas

Mostre gratuite la cerere:

MEDIROM S. A. R. BUCUREȘTI IV - STR. OLARI 23 - Tel. 2.39-46

Asociația nouă de cărbune

CARBOWANDER / Dr. Wander

Tablete

Cărbune vegetal
Sulf
Senna

Choleinat de Sodiu
Atropină metilbrom
Uleiuri eterice

Absorbant

Desinfectant intestinal

Laxativ

cu efect antispasmodic și colagog

Menajează ficatul în afecțiunile tubului digestiv, grație efectului său colagog

Sulfamidă cu toleranță optimă

SULFORONIN / Dr. Wander

Sulfanilyl — aminopiridină

Gonoree — Pneumonie — Meningită — Strepto — Stafilococie

Tuburi cu 24 tablete à 0,5 gr.

Pentru calmarea durerilor interne

NEOLUVERIN / Dr. Wander

Tablete

Supozitoare

*In spasmele musculaturei netede
Dureri interne și postoperatorii
Dismenoree*

Asociație de Papaverină feniletilbarbit., Atropină metilbrom. și Amidoazofen

Mostre și literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A. — Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

București II — Bulevardul Bucureștii-Noi, Nr. 90

Organizarea și funcționarea Centrului de inițiere sanitară a învățătoarelor din Sibiu

de

Dr. I. Cosma,

Inspector General Sanitar

Centrul de Inițiere sanitară a învățătoarelor din Sibiu și-a început activitatea în ziua de 15 Iulie 1942 și a continuat fără întrerupere până în ziua de 31 August 1942.

Numărul învățătoarelor repartizate de Minister cu ordinul Nr. 30.462 din 10 Iulie a. c. a fost de 254, și anume:

Județul Sibiu	63
„ Făgăraș	38
„ Târnava-Mare	40
„ Târnava-Mică	46
„ Cluj-Turda	67
Total	254

S'au prezentat 232 cursiste, dintre cari 71 au fost scutite de audierea cursurilor în baza certificatelor medicale legale, iar 6 au fost îndrumate la alte Centre pe bază de cereri. Au urmat cursul în total 155 de cursiste, iar la examenul de încheiere s'au prezentat 153, retrăgându-se dela examen două eleve, și anume una din cauză de boală, iar a doua fără a invoca vreun motiv de piedecă.

Corpul didactic însărcinat cu ținerea cursurilor a fost următorul:

1. Biologia și ocrotirea familiei *Dr. P. Râmneanțu*
2. Ocrotirea mamei și copilului *Dr. V. Munteanu*
3. Igiena personală *Prof. Dr. M. Zolog*
4. Combaterea bolilor infecțioase și sociale *Conf. Dr. I. Gavrilă*
5. Nutriția a) Curs *Prof. Dr. G. Benetato*
„ b) Practic *D-ș. Georgeta Tănăsescu*
D-na Constanța Petrișor
D-ra Jeana Andronescu
6. Probleme de ocrotire și asistență socială *D-șoara Manta Maria*
7. Principii de gospodărie *D-ș. Bădescu Cleopatra*
D-na Arion Matilda
D-șoara Enăchescu Elv.
8. Rolul și tehnica organizării Școlilor de igienă și gospodărie *Dr. Ioan Cosma*
9. Demografie și organizație sanitară *Dr. Octavian Oprean*

10. Noțiuni elementare asupra primelor îngrijiri

D-șoara Martini Maria

Cursistele au fost adăpostite în localul internatului Școalei Normale de fete Sibiu, Internatul Școalei Comerciale de băieți, iar masa s'a servit pentru jumătate dintre cursiste la Școala de Menaj Gr. I, iar pentru cealaltă jumătate la Școala de Menaj Gr. II.

Cursurile teoretice s'au ținut în amfiteatrul Institutului de Biochimie, lucrările practice de gospodărie și bucătărie la cele două Școli de Menaj, lucrările practice de primele îngrijiri la Școala de surori infirmiere de pe lângă Spitalul Public Sibiu, lucrările practice din domeniul ocrotirii și asistenței sociale la Oficiul de ocrotire al Municipiului Sibiu, iar lucrările practice din domeniul ocrotirii mamei și copilului la Clinica infantilă a Facultății de Medicină din localitate.

Pentru lucrările practice, cursistele au fost repartizate în opt grupuri și au executat programe înainte de masă între orele 8 și 12, iar cursurile teoretice s'au ținut după masă între orele 16 și 19.

Pentru menținerea unei discipline și pentru supravegherea frecventării cursurilor, s'a delegat pentru fiecare local un medic, iar cu supravegherea frecventării cursurilor și citirea periodică a catalogului a fost încredințată d-șoara Maria Vulcu, soră revizoare județeană.

Examinarea cursistelor s'a făcut în zilele de 1—4 Septemvrie, zilnic între orele 9—13 și 16—19. Examinarea s'a făcut în conformitate cu dispozițiunile avute, fiind fiecare elevă notată de fiecare membru al Comisiei atât la studiile teoretice, cât și la cele practice, iar în ziua de 7 Septemvrie a. c. s'a stabilit de Comisie media generală obținută, dresându-se cuvenitul proces-verbal.

În ziua de 5 Septemvrie crt., orele 11, a avut loc, în sala festivă a Prefecturii, încheierea festivă a cursurilor, în fata elevelor și a autorităților locale. Cu această ocaziune, d-l Inspector general sanitar a făcut o dare de seamă asupra organizării și funcționării acestui Centru. D-l Prof. univ. Dr. Iuliu Moldovan a arătat importanța deosebită ce prezintă activitatea în viitor a cursistelor, insistând asupra necesității de a depune tot efortul pentru ridicarea nivelului de trai al păturei noastre țărănești. În continuare, d-sa a schițat

metoda de lucru după care se vor ghida în viitor învățătoarele în igienă și a subliniat că felul cum își vor îndeplini datoria va avea un efect hotărâtor asupra familiei țărănești. D-l Prefect al județului și-a exprimat deosebită satisfacție de a avea în viitor colaborarea învățătoarelor pe terenul sanitar și a promis tot sprijinul d-sale. Cursista Ioana Cătoi, învățătoare în comuna Gurarâului, jud. Sibiu, în numele cursistelor a mulțumit Ministerului Sănătății pentru ideea organizării acestor cursuri de inițiere, la care învățătoarele au luat parte cu mult entuziasm, și a promis că vor face tot ce le stă în putință pentru a ajuta la îndrumarea și ridicarea familiei țărănești. Ședința s'a încheiat cu declamări și cântece executate de corul foarte bine organizat al cursistelor.

S'a omis a se aminti la începutul acestui raport că în zilele de 15 și 19 Iulie 1942 s'a făcut examenul medical al cursistelor, completat fiind cu examenul radiologic pulmonar al tuturor candidadelor.

În legătură cu funcționarea acestui Centru, ținem să facem următoarele observațiuni:

În primele zile ale funcționării cursurilor, din convorbirile și contactul avut cu cursierele s'a putut constata că în marea lor majoritate au fost complet ne-

dumerite asupra rostului acestor cursuri și mai ales asupra rolului ce-l vor avea dânsle în viitor. Din acest motiv marea lor majoritate a arătat nemulțumire și hotărârea pentru urmarea cursurilor a fost minimă. Cu timpul situația s'a schimbat în mod îmbucurător, pe de o parte din cauza lămuririlor primite că anume cursistele își vor păstra în viitor toate drepturile câștigate și se vor bucura de aceleași drepturi ca și colegile lor din învățământ, iar pe de altă parte a contribuit în mod hotărâtor modul înalt științific al cursurilor ținute, care le-au îmbogățit cunoștințele în domenii atât de variate și folositoare. A fost o deosebită plăcere să constatăm la un număr destul de mare de cursiste asimilarea foarte temeinică a cunoștințelor expuse și avem credința că dacă aceste cursuri vor fi completate în viitoarele vacanțe de vară, Ministerul Sănătății va putea recruta din sânul acestor cursiste numeroase elemente de mare valoare.

În urma cererii aproape unanime a cursistelor propunem să se studieze noua lor situație ivită prin încadrarea lor la Ministerul Sănătății și să se încerce să se soluționeze dreapta lor cerere de a li se asigura înaintarea lor în aceeași măsură în care se face colegilor lor.

Societăți medicale

SOCIETATEA MEDICALĂ A SPITALULUI MILITAR SIBIU

Ședința din 22 August 1942.

Din inițiativă demnă de laudă, la data de 22 August 1942 a luat ființă Societatea Medicală a Spitalului Militar Sibiu.

Necesitatea înființării acestei societăți derivă din următoarele motive: un spital de Corp de Armată, către care vine cel mai bogat și cel mai variat material patologic, răscolit din cele mai ascunse ținuturi de sub comanda lui, trebuie evidențiat din punct de vedere științific și prezentat lumii medicale, pentru îmbogățirea observațiilor și cunoștințelor care contribuie în așa largă măsură la progresul științei medicale.

La prima ședință de constituire a luat parte tot personalul medical al spitalului.

Programul primei ședințe cu următoarele puncte, a fost prezidat de d-l Prof. Dr. Baroni dela Facultatea de Medicină:

1. Constituirea societății și alegerea comitetului
2. Medic Cpt. Dr. A. Dumitrescu: *câteva cazuri de meningită cerebro-spinală epidemică (considerațiuni clinice)*;
3. Medic Slt. rez. Dr. Gârbea: *Meningita ologenă septică, aseptică și hidropizia meningeală otică, cu prezentare de cazuri operate*;
4. Medic Slt. rez. Dr. Gheorghiu: *trei cazuri de gușe rapid desvolate la tinerii copii de trupă din muzica militară a Reg 90 Inf. cu prezentare de cazuri*;
5. Medic Slt. rez. Dr. Gheorghiu: *torticolis congenital cu prezentare de caz*;
6. Discuții asupra programului ședințelor viitoare.

După primul cuvânt introductiv al Medicului Maior Dr. Mihail, se trece la alegerea comitetului.

Se propun ca președinți de onoare d-nii: Lt. Col. Liviu Ursu, ca organizatorul și protectorul acestui spital, Prof. Dr. Baroni, Prof. Dr. Ureche, Medic Maior Prof. Dr. Tătaru și Medic Cpt. Prof. Dr. Benetato dela Facultatea de Medicină, care prin spiritul lor de jertfă pentru binele obștesc, înțeleg să ia parte zilnic la activitatea spitalului.

Președinte activ: Medicul-șef al Spitalului Militar Sibiu (Medic Maior Dr. Mihail).

Vice-președinte: Medicul-ajutor al Spitalului Militar Sibiu (Medic Maior Dr. Pascu).

Secretar general: Medic Slt. rez. Dr. Șt. Gârbea.

Secretari de ședințe: Medic Slt. Predescu Victor și Medic Slt. Limpede Gheorghe.

D-l Prof. Baroni în continuare, cere să se treacă la prezentarea comunicărilor.

Medicul Cpt. Dr. A. Dumitrescu, șeful secției Medicale, prezintă mai multe cazuri de meningită cerebro-spinală epidemică, vindecate prin sero-terapie și sulfamidoterapie (dăgenan).

După câteva considerațiuni generale asupra meningitei epidemice, trece la tratamentul ei în decursul anilor, împărțindu-l în trei perioade: 1. Perioada anterioară seroterapiei; 2. Perioada seroterapiei cu ser polivalent și monovalent și 3. Perioada tratamentului adjuvant cu sulfamide. Dintre toate sulfamidele, dăgenanul a dat cele mai bune rezultate, asociat cu seroterapia, rezultatele au fost sută la sută.

Discuții: la care iau parte d-l Președinte Prof. Dr. Baroni, Dr. Mihail, Dr. Gheorghiu, Dr. Gârbea, Cpt. Farm. Staube.

Dr. Gheorghiu propune să se facă tratamentul numai cu dagenan pentru a se constata în ce măsură sulfamida poate influența acest fel de meningită fără seroterapie.

Cpt. Farm. Staube: propune să se întrebuițeze eubazinul și eleudronul asemănătoare ca și compoziție dagenanului; stocul acestuia din urmă fiind foarte redus.

D-l Prof. Dr. Baroni arată cum serul monovalent este mai eficace ca cel polivalent. Amintește de experiențele personale, făcute cu medii cu dagenan, arătând că în aceste medii sunt distruși cocii și germenii gram pozitivi. Vorbește despre rezistența V. holerici și tifo-paratifici în aceste medii cu dagenan.

Dr. St. Gârbea: *Meningita otogenă septică, aseptică și hidropizia meningială otică, cu prezentare de cazuri operate.*

După câteva noțiuni sumare asupra meningitelor otice, prezintă trei cazuri de meningite operate, reprezentând cele trei forme de meningită otogenă: septică, aseptică și hidropizia meningială otică. Arată rolul decisiv al sulfamidelor în tratamentul acestor meningite și valoarea tehnicii actului chirurgical de îndepărtare a focarului infecțios auricular.

O importanță deosebită trebuie dată și examinărilor de laborator în serie, a lichidului cefalorachidian, arătând prin aceste examinări evoluția acestor meningite și fixarea zilnică a cantității

de sulfamidă ingerată; rezultatele laboratorului spitalului militar fiind absolut identice cu cele date de laboratorul Institutului de Igienă. La urmă amintește de sfârșitul tragic al majorității acestor meningite înaintea apariției sulfamidelor.

Timpul fiind înaintat, descrierea detaliată a cazurilor de mai sus precum și restul programului au fost amânate pentru ședința viitoare.

Cu privire la punctul ultim din program s'a decis ca ședințele următoare să se țină lunar sau bilunar, în raport cu bogăția materialului prezentat.

Domnii colegi din localitate, care doresc să onoreze aceste ședințe cu comunicări sau conferințe, sunt rugați a-și anunța subiectul direct secretariatului general, cu sediul la spitalul militar secția Otho-Rino-Laringologică.

Mulțumim călduros Onor. Direcțiunei Revistei „ARDEALUL MEDICAL” pentru atenția cu care a primit publicarea ședințelor acestei societăți.

Dorința noastră, a celor care ne-am străduit să înființăm această societate este, că oricine ar urma la conducere în aceste vremuri grele de instabilitate, să fie stăpâniți de aceleași gânduri și animați de aceleași dorinți, pentru progresul științei medicale românești.

Revista cărților

Reflexe străine patologice în bolile sistemului extrapiramidal-motoric. (Pathologische Fremdrelexe bei Erkrankungen des extrapyramidal-motorischen Systems.) De Dr. Duensing Friedrich. Leipzig, Georg Thieme. 6 R. M.

Autorul descrie într-o interesantă broșură reflexele străine patologice, care se produc în maladiile sistemului extrapiramidal, îndeosebi în athetose. Reflexele constau în vibrațiuni, care se produc în musculatură prin iritația pielii. În deosebi se găsesc aceste reflexe în mușchii: Sternocleidomastoideus, Tropeziius Deltoideus, triceps, Pectoralis major, Lativimus dorsis, Gluteus și Quadriceps femoris. Zona reflectogenă diferă dela caz la caz; tot astfel și intensitatea reflexelor. Le găsim la bolnavii cu minimale tulburări athetotice și pot lipsi în cazurile grave. Întâmplător se găsesc la unii psihopați și chiar și la normali, într-o intensitate mult mai mică și deci nu sunt a se considera ca patologice. Nu le găsim în sindromul spastic, în chorea și în boala lui Parkinson. Afară de athetose le găsim în myoclonii și în hemiballismus. Se pot deci considera ca un simptom al tulburărilor sistemului extrapiramidal. Mai pot obveni aceste reflexe în hipoglicemie, precum și după injecțiile cu cardiazol și azoman. Autorul crede că aceste reflexe se bazează pe inhibiția centrului reflexelor străine, care se găsește localizat în sistemul extrapiramidal-motoric. Dr. I. L.

Tratat de pediatrie (Lehrbuch der Kinderheilkunde) de K. Degkwitz, F. Goebel, E. Rominger și colaboratorii. Ed. 2 Springer, Berlin 1942. Un volum de 821 pagini, 233 figuri, în parte colorate. Prețul legat R. M. 29,70, broșat R. M. 27.

Ediția a 2-a a valorosului tratat, scos în ediția 1 de un alt grup de autori, dintre cari Degkwitz, Goebel și Rominger au rămas și pentru ediția a doua, este o nouă soluționare a problemelor puse de ediția veche. Totuși se păstrează planul fundamental de a se da un tratat practic, clinic, terapeutic, profilactic, cuprinzând inclusiv cele mai importante rezultate ale cercetărilor experimentale. S'au adăugat ilustrațiunile, cari măresc mult valoarea didactică a acestei ediții. Autorii ediției noi au căutat să satisfacă, pe cât posibil, cerințelor de completări ale colegilor specialiști, medicilor și studenților în medicină. Cartea se va bucura sigur de o mare

considerațiune nu numai în Germania, dar și în alte țări. Există și unele greșeli mici (de tipar: laptele „Alete” nu este acidifiat cu acid lactic, ci — corect — cu acid citric; de concepție: reumatismul articular acut și boala lui Still e mai bine să fie asociată bolilor infecțioase, decât bolilor aparatului locomotor; importanța etiologică a otitei medii și mastoiditei în turburările de nutriție cu deosebire la copiii de sân și în anul 2, nu trebuie categoric respinsă, — etc), cari evident nu scad valoarea deosebită a cărții și vor putea fi îndreptate la o nouă ediție, după toate semnele foarte apropiată.

Pediatrie (Kinderheilkunde) de Fr. Hamburger și R. Priesel. Ed. 3, Fr. Deuticke, Viena 1940. Un volum de 606 pagini. Prețul R. M. 24.

Față de tratatul vechiu al lui Hamburger, colaborarea cu Priesel dublează cuprinsul ediției noi. Sunt foarte interesante atitudinile personale față de cele mai diferite probleme pediatrice, luate de autori în baza experiențelor și concepțiilor personale. Fiziologia copilului și problemele de educație sunt larg tratate, văzute cu ochiul practicianului de lungă experiență.

Diagnosticul și terapia la copii (Diagnostik und Therapie im Kindesalter) de F. Lust și M. Pfandler. Ed. 11. Urban-Schwarzenberg. Berlin—Viena 1940. Un volum de 600 pagini. Prețul broșat R. M. 12, legat R. M. 13,60.

După moartea lui Lust, care ne-a dat 10 ediții ale cărții sale, Pfandler scoate ediția 11-a, fără a schimba ordinea materialului publicat, completând mai ales cu noutățile practice ale ultimilor doi ani și eliminând metodele și mijloacele medicamentoase învechite, inutile. Este îmbucurătoare reeditarea acestei cărți, răspândită mai ales din cauza părții terapeutice, extinse, de către o autoritate în această materie, de valoarea lui Pfandler.

Gh. Popoviciu.

Introducere în medicină infantilă (Einführung in die Kinderheilkunde) de E. Glanzmann, Ed. I. Springer, Viena 1939. Un volum de 512 pagini, 72 figuri. Prețul broșat R. M. 15, legat R. M. 16,80.

Cartea nu are pretenția unui tratat de medicină infantilă; după cum arată chiar titlul, este o introducere în pediatrie, o lucrare de caracter propedeutic destinată studenților și medicului practician și în multe privințe o completare a tratatelor moderne de învățământ. Nu poate și nici nu vrea să pretindă de a fi completă. Diferite capitole deosebit de importante din medicina infantilă sunt tratate foarte amănunțit, așa alimentația infantilă, turburările digestive, eczema și dermatitele seboroide, gripa și pneumonia, paraziții intestinali, afecțiunile căilor urinare, vitaminele. Altele, în schimb, ca afecțiunile sistemului nervos și ale meningelui, bolile de sânge și ale organelor hematopoetice (cu excepția anemiilor alimentare) sunt numai scurt amintite. Deosebit de reușite sunt expunerile asupra principiilor alimentare și studiul vitaminelor, cari dau un capitol foarte bogat. Cartea acestui experimentat clinician și serios cercetător nu cuprinde numai principiile în general cunoscute ale medicinei infantile moderne, dar și o mulțime de observații personale și puneri la punct clinice și terapeutice, a căror lectură este folositoare chiar și pediaterului experimentat.

V. Muntean

Îngrijirea copilului sănătos și bolnav (Die Pflege des gesunden und kranken Kindes) de W. Catel Ed. G. Thieme, Leipzig 1939. Un volum de 764 pagini, 423 ilustrațiuni, în parte colorate. Prețul broșat R. M. 18, legat R. M. 19,60.

În colaborare cu specialiști renumiți și alte autorități în materie, autorul dă un tratat al îngrijirii copilului sănătos și bolnav, util surorilor și infirmierelor de copii. Capitolele asupra eredității, ocrotirii și sănătății publice, poate prea pe larg expuse, nivelul înalt al cărții și extensiunea ei mare peste tot, fac ca această carte să fie întrebuintată cu folos nu numai de infirmiere și surori, dar și de personalul didactic, studenții în medicină și medici. Ilustrațiile numeroase o completează norocos și o fac foarte instructivă.

Ocrotirea sanitară a mamei și a copilului (Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind) de R. Benzing. Ed. F. Enke, Stuttgart 1941. Un volum de 117 pagini, cu 65 ilustrațiuni. Prețul R. M. 2,70.

Se discută problemele de ocrotire a mamei și a copilului, în baza unei vaste experiențe personale, practice. Un merit deosebit al lucrării este, că se ocupă de profilaxia copilului mic, preșcolar (prin dispensarii pentru această vârstă, bucătării speciale, grădini de copii) — neglijată până aci. Un alt merit și mai mare este accentuarea importanței activității puericulturale la țară (ocrotirea copilului de sân, a gravidelor, extinderea alăptării naturale, așezarea mamelor cu copii de sân în familie, ca remunerare a alăptării abondente etc.). Autorul este contra alimentației cu lapte acidifiat. Concepția rahitismului și tetaniei o lărgeste. Fotografii frumoase ilustrează cartea, dând modele de instituții.

Gh. Popoviciu

Revista revistelor

INTERNE

Miocardită și nefrită alergică într'un caz de adenită hilară tuberculoasă (Myocardite et néphrite allergiques dans un cas d'adénite hilaire tuberculeuse) de Jean Flagg și M. Froehne. Schw. Med. Wschr. 1942, Nr. 34, pag. 922—24.

Nefrita, miocardita, conjunctivita și anemia dela bolnavul observat de autori și relatat în acest articol, sunt toate manifestări alergice datorite întâlnirii între toxina tuberculoasă elaborată în adenitele hilare și între mijloacele de apărare ale organismului. De altă parte această tuberculoză hilară jucând un rol de o veritabilă infecție focală, autorii deduc că trebuie căutat un focar tuberculos în toate stările toxi-infecțioase a căror cauză rămâne ascunsă. Această cercetare este mai ales de natură radiologică.

Sistemul nervos și oboseala (Système nerveux et fatigue) de Nonnier. Schw. Med. Wschr. 1942, Nr. 33, pag. 887—890.

În condițiuni fiziologice oboseala poate rezulta din activitatea prea intensă și prelungită a funcțiilor de relație: oboseala funcțiilor sensoriale, motrice, psihice.

În mod obiectiv starea de oboseală a sistemului nervos se manifestă prin diminuarea activității sale funcționale, care provine din predominarea proceselor de desasimilare și din o eliminare insuficientă a produselor metabolice (bioxid de carbon, acid lactic) din sistemul nervos cu o mărire a necesităților în oxigen.

În mod obiectiv oboseala se traduce prin o senzație locală după activitatea exagerată a unui organ, o senzație generală după activitate exagerată a întregului organism. Aceste senzații locale și generale au același scop funcțional ca și senzația de durere, senzațiile viscereale, ale foamei și ale setei: în scopul de a proteja contra epuizării.

În patologie oboseala se întâlnește în toate stările unde desintegrarea întrece asimilarea: inanție, bătrânețe, boală. Obo-

seala în aceste cazuri patologice are valoarea unui simptom, simptomul de desintegrare.

Funcțiunile cele mai diferențiate, cari reclamă mai multă voință și atenție, sunt cele mai expuse la oboseală. Funcțiunile involuntare, automate și ritmice sunt infatigabile.

Sistemul nervos vegetativ central și periferic intervine în mod activ în lupta contra oboselei.

*

INFECȚIOASE

Cercetări experimentale asupra dizenteriei și paradizenteriei la copiii de sân (Experimentelle Untersuchungen über die Dysenterie und Paradyenterie im Säuglingsalter) de M. Enjoi. Mschr. Kinderheilk. Vol. 84, 1940, pg. 185.

Iepurii alimentați artificial cu lapte de vacă, au putut fi infectați pe cale bucală cu dizenterie și paradizenterie, cei alimentați natural nu. Tot așa copiii de sân se îmbolnăvesc de dizenterie și paradizenterie numai la hrană artificială (condiții mai bune pentru dezvoltarea bacililor de dizenterie și paradizenterie ca în alăptarea naturală, la care niciodată nu se produc aceste îmbolnăviri).

Studii comparative in vitro cu derivați sulfanilamici asupra grupului de bacterii tific-dizenteric Comparative in vitro study, of various sulfanilamide derivatives on typhoid-dysentery organism) de Gh. H. Rammelkamp-M. L. Jewell. Proc. exper. Biol. a. Med. Vol. 45, 1940, pg. 174.

Fasbinder și Walter au arătat efectul bactericid al sulfatiazolului in vitro. De asemenea este cunoscută acțiunea lui în căile urinare față de coli, lactis aerogenes și proteus. Autorul cercetează efectele sulfanilamidei, sulfapiridinei, sulfametiazolului și sulfatiazolului față de grupul de bacterii tific-dizenteric: Eberthella typhosa, Salmonella paratyphi, Salmonella schottmuelleri, Shigella paradyenteriae și bacilii dizenterici E (Shigella sonnei). În bulion

de vițel sulfanilamida infectivă; celelalte preparate au efect bacteriostatic, nu însă față de *S. paratyphi* și *S. schottmuelleri*.

Sulfanililguanidina în tratamentul dizenteriei bacilare acute a copiilor (Sulfanililguanidine in the treatment in acute bacillary dysentery in children) de *E. K. Marshall-A. Bratton-L. B. Edwards-E. Walker*. Bull. Hopkins Hosp. Vol. 68, 1941, pg. 94.

Sulfanililguanidina se dă copiilor și adulților într'un dozaj suficient pentru saturarea conținutului intestinal cu acest preparat, în același timp concentrația în sânge fiind foarte mică. Doza inițială pe cale bucală la copii: 0,10 gr pe kgr greutate; în continuare 0,05 gr pe kgr la 4 ore; când numărul scaunelor s'a redus la 4 sau mai puțin, 0,10 gr pe kgr, tot la 8 ore timp de cel puțin 4 zile. Rezultatele par a îndreptăți utilizarea clinică mai largă.

Tratamentul cu sulfapiridină al pneumoniei; discuție asupra defectelor și complicațiilor aparente (Sulfapyridine therapy in pneumonia; A discussion of apparent failures and complications), de *F. E. Smith-R. Riley-O. R. Jones*. Ann. int. Med. 14, 1940, pag. 1032.

Din 22 cazuri tratate cu sulfapiridină din Noemvrie 1938 până în Aprilie 1939, au murit 8 (6,5%). 11 bolnavi au dat emoculturi pozitive, cele mai multe cu tip I; din acestea a murit 1; din 10 cazuri cu tip III, în spută, au murit 3. Au primit în medie 17,46 gr în 4,55 zile (medie). Mersul boalei a fost scurt la cele 7 cazuri mortale, cari n'au prezentat rezultate clinice. S'a observat următoarele fenomene: grețuri de 83 ori, vărsături 72 ori, ematurie microscopică 12-ori și macroscopică 5-ori; scăderea emoglobinei prin sulfapiridină s'a observat în 8 cazuri, agranulocitoză niciodată. În vărsături puternice s'a suspendat tratamentul pentru 1—2 zile; în cele mai multe cazuri, se poate administra medicamentul fără a provoca vărsături. Hematuria microscopică nu este o indicație contra administrării medicamentului, în acest caz se poate da bicarbonat de sodiu în părți egale cu sulfapiridine.

E. M.

*

PEDIATRIE, PUERICULTURĂ, NIPIOLOGIE

Pediatria, Puericultura și Nipiologia (Pediatria, Puericultura e Nipiologia) de *E. Cacace*. Rev. Portug. de Ped. e Pueric. Vol. III. 1940, pg. 155.

În raportul său destinat primului Congres Național Român de Pediatrie, Puericultură și Nipiologie proiectat la Cluj, autorul ajunge la următoarele concluziuni: I) Pediatria e medicina care se ocupă cu întreaga perioadă a copilăriei, Nipiologia este știința integrală a copilului de sân; II) Pediatria, Puericultura și Nipiologia trebuie considerate ca discipline autonome; III) Necesitatea întemeierii unui Institut de Nipiologie în Universități se impune pentru a da o cât mai mare importanță dezvoltării, difuzării și unificării științei nipiologice și pentru a realiza definitiv autonomia și consacrarea universală a acestei noi științe. Motivează acestea prin faptul că Pediatria trebuie să fie medicina celei de a doua și a treia copilării; Puericultura trebuie să se ocupe în special cu igiena individuală și socială a aceleiași vârste; Nipiologia trebuie să cuprindă pediatria primei copilării, sau nipiologia și puericultura primei copilării sau nipiologia. Puericultura preconcepțională, care se identifică cu eugenia, trebuie să fie autonomă cu titlul exclusiv sau cel puțin predominant de eugenie. Puericultura intrauterină sau prenatală, care e în realitate igiena gravidității, studiată și practică de obstetricieni, trebuie înglobată în obstetrică. Astfel se va evita să se confunde Pediatria cu Nipiologia; iar pe de altă parte se va ajunge ca Pediatria primei copilării sau nipiologia, Puericultura și Nipiologia să aibă un domeniu comun: puericultura primei copilării sau nipiologia. Dar dacă aceste idei n'ar putea fi acceptate pentru moment, autorul crede că se va ajunge la coordonarea lor în viitor și insistă pentru

înființarea unui Institut Național de Nipiologie autonom în fiecare țară. De altă parte propune ca Pediatria, Puericultura și Nipiologia să fie unite după exemplul dat de *Popoviciu* și de Consiliul Național Italian de Cercetări, a cărei bibliografie are de câțiva ani — în ce privește medicina — un capitol intitulat: Pediatria, Puericultura și Nipiologia. Propune deci ca Societățile de Pediatrie și de Puericultură, să fie numite Societăți de Pediatrie, Puericultură și Nipiologie. Propune ca Institutele de Clinică pediatrică din Italia, Clinica Infanțilă și de puericultură din Cluj, Institutul de Clinică pediatrică și de puericultură a Facultății de medicină din Montevideo și Institutul de Pediatrie și Puericultură a Facultății de medicină din Buenos Aires, să devină Institute de Pediatrie, Puericultură și Nipiologie, sub conducerea pediatriilor italieni și a celor trei mari apostoli și pioneri ai Nipiologiei: *Popoviciu*, *Bonaba* și *Acuna*. Prin asocierea celor trei discipline se va impune importanța studiului integral al copilului de sân și Nipiologia intr'adevăr va avea autonomia și individualitatea sa. Autorul aduce elogii din cele mai mari Prof.-lui *Popoviciu*, pentru talentul genial de promotor și organizator însușit al mișcării nipiologice în Balcani, considerând înființarea Societății și Revistei de Pediatrie, Puericultură și Nipiologie din Cluj, ca un glorios moment în istoria Nipiologiei.

O. P.

Despre tratamentul toxicozei alimentare la copiii de sân în primul sfert al anului (Über die Behandlung der alimentären Toxikose bei Säuglingen des ersten Lebensvierteljahres) de *W. Bayer*. Mschr. Kinderheilk. Vol. 87, 1941, pg. 106.

Rezultate la 14 copii de sân: 27 pretoxicoze, 14 toxicoze, dintre primii au murit 6, din ultimii 3. Tratament: pauză alimentară absolută 10—40 ore, în același timp infuziuni intravenoase (50—80 cmc pe doză, 4—6 ori zilnic, de multeori cu adaosuri de 10—20 cmc sânge) 10—20 mese (20—30 cmc), la început soluție Ringer, după aceea amestec de zer cu decoct mucilaginos. Mai târziu, după 3—5 zile, se trece la zăre sau lapte de mamă. Apariția edemelor nu se consideră ca semn nefavorabil. Ca soluție de infuzie se alege un amestec de $\frac{2}{3}$ Ringer și $\frac{1}{3}$ soluție glucoză 20—50%. Pe baza cercetărilor refractometrice în cursul terapiei valorile scad. În cazul când s'au produs edeme, valorile albuminei scad în mod special. Este importantă corelațiunea între albumină și globulină.

A. E.

Tratamentul chimic al diareelor infecțioase cu sulfatiazol. (The chemotherapy of infections diarrhea with sulfathiazole) de *E. V. Anderson*. J. Pediatr. Vol. 18, 1941, pg. 732.

În 17 cazuri de diaree infecțioase, în cea mai mare parte dizenterii și în 16 cazuri de diaree neinfecțioase la copii, rezultate bune cu sulfatiazolul.

Cercetări asupra excreției acidului ascorbic în urină copiilor sănătoși și febrili (Investigation of the ascorbic acid excretion in the urine of healthy and febrile children) de *G. Görtz*. Acta Paediatrica. Vol. 27, 1940, pag. 429.

Pragul eliminării renale a vitaminei C este redus la bolnavii de pneumonie; el însă nu este niciodată atât de scăzut, încât să fie cauza unei pierderi de vitamină C. Pragul renal depinde de valoarea sanghină; în caz de valoare sanghină scăzută a acidului ascorbic este scăzut și pragul renal; ridicarea artificială a vitaminei C din sânge ridică și pragul renal.

Rahitism atipic cu aspect de disostoză endondrală metafizară (*Murk Jansen*), vindecat prin doză masivă de vitamină D₃ (Atypische Spätrachitis unter dem Bilde einer Dysostosis enchondralis (*Murk Jansen*), geheilt durch Vitamin D₃-Stoss) de *E. Hässler*. Mschr. Kinderhk. Vol. 83, 1940, pag. 63.

Fetiță prematură cu nanism (85 cm lungime în loc de 112 cm), din părinți sănătoși. Brățare epifizare la articulațiile mâinilor

și picioarelor. Gamba dreaptă mult recurbată, în unghii, înăuntru, încât copilul merge pe marginea externă a piciorului. Osificația normală, niciun simptom de rahitism (controluri radiografice; examen microscopic la o bucată metafizară a femurului, excizată; fosforul și calciul din serul sanghin normal). Ar putea fi considerat ca un caz de distrofie metafizară (disstrofă encondrală metafizară, Murk Jansen). Totuși vindecarea promptă prin 7, 5 mgr vitamina D₃ în o singură doză, face plauzibilă originea rahitică (formă atipică de rahitism tardiv).

Gh. P.

*

DERMATO-VENEROLOGIE

Spitalul de boli sociale Brașov

Acidul nicotinic și Lactoflavina în tratamentul lupusului eritematos de K. Pezold. Med. Woch., 1941, pg. 52.

Lupusul eritematos poate fi încadrat în clasa proceselor care sunt influențate de către lumină. Se produc astfel analogii cu pelagra, care se vindecă foarte rapid după administrarea a. nicotinic. Lactoflavina (ca provitamină) și acidul flavin-fosforic, reprezintă grupa activă a fermentului galben respirator, având relațiuni funcționale metabolice cu hormonul suprarenal. Autorul a administrat săptămânal în cazurile de lupus eritematos a. nicotinic (100 mgr), lactoflavina (2 mgr) și preparatul combinat Nikolac (2 cc). A obținut o vindecare completă la 7 bolnavi, la 6 ameliorare vizibilă, 2 nereacționând la tratament.

Tratamentul ulcerului crural în practica generală de D. H. Teipel.

După ce amintește neajunsurile pe care medicul le întâmpină în tratamentul acestei afecțiuni (indolența, nerăbdarea, dorința unui tratament ambulator), autorul cere drept condiții pentru a lua în tratament un bolnav cu ulcer crural, ca acesta să accepte internarea pe timp mai îndelungat, pentru a putea fi ținut la pat, factor căruia autorul îi dă cea mai mare importanță. Repausul la pat variază individual și are o durată de 3—6 săptămâni. În cazul că se prezintă dureri, aplică comprese cu ceaiu de muștel sau alifie cu anestezină timp de 5 zile. În lez. fetide aplică sol. Dakin. Autorul are impresia că unele ulcere se vindecă fără niciun tratament extern. El aplică astfel așa numitul „Freiluftbehandlung”, lăsând leziunea liberă, acoperită la distanță de un protector de sârmă (sită). În leziunile adânci nu se produc granulațiuni nici pe lângă repausul la pat. Autorul aplică piretoterapie, dând de 2-ori pe săptămână locc. lapte. Reacția este rareori mai mare de 38,5° și în urma ei apar foarte repede granulațiuni noi. Se poate aplica și tratamentul cu Pirifer în doze crescând. Administrarea insulinei (30 U. pe zi) nu are un rezultat prea vizibil. Începând cu săptămâna 4—6 mișcări active și pasive bolnavul rămânând în pat. Autorul mai dă importanță regimului alimentar, recomandând ca bolnavii să mănânce deseori și câte puțin. Se va controla scaunul regulat. Ori ce bolnav vindecat va trebui să poarte bandaj de cauciuc.

Das Wasserbett (Baia permanentă) de H. Fuhs. Wiener Klin. Woch. 1942, Nr. 15, pg. 298.

Baia permanentă a fost introdusă în medicină de F. Hebra în anul 1861. Temperatura apei trebuie regulată după toleranța bolnavului, fiind în medie de 29°. O contraindicație reprezintă bolile infecțioase (tifos, dizenterie etc.), turburările circulatorii, afecțiunile cardiace, pulmonare (bronșite grave, tuberculoză, pneumonie, empiem pleural). Printre indicațiile acestui procedeu terapeutic intră în primul rând afecțiunile dermatologice. Arsurile grave vor fi introduse imediat în baia permanentă. În caz de combustii introducem bolnavul zilnic în baie, 8—10 zile dela data accidentului, deci după ce țesutul mortificat a căzut. Alte indicațiuni reprezintă congelările, pemfigusul vulgar, eczemele extinse

madidante-crustoase, eritrodermiile, psoriazele extinse, dermatitele grave salvarsanice, furunculozele rebele, procesele piogenice asemănătoare, impetigo herpetiform Hebra, pruritul rebel esențial sau simptomatic etc. Printre bolile venerice ulcerul fagedenic.

Congelațiile (Erfrierungen) de A. Matras. Wiener Med. Woch. 1942, Nr. 19, pag. 378.

În congelații sistemul atins este cel vascular. De gradul turburărilor funcționale ale acestui sistem sunt dependente aspectul și evoluția leziunilor dela nivelul pielei. Frigul duce la o ischemie, turburări de nutriție și astfel la gangrenă. Ca localizare congelările interesează aproape exclusiv părțile acrale ale corpului (mâni, picioare, urechi, nas). Clinic deosebim congelații de gradul I—II—III. Grad I, eritem cu hipo sau anestezie; II vezicule cu conținut seros-hemoragic de culoare violetă și III necroză-gangrenă. Părțile interesate prezintă o culoare albastră-neagră, sunt reci și complet anestezice. Părțile necrozate se usucă (mumificație). Printre complicații amintim infecțiile, flegmoane, erizipel, tetanos (mai ales în timp de război). Prognosticul va fi rezervat dacă se prezintă fenomene de intoxicație.

Tratamentul local în congelațiile acute este pur simptomatic. Vom freca locul congelat cu apă rece sau zăpadă. Reincălzirea se va face treptat, începând cu camere încălzite. În caz de rigiditate corporală generală, vom pune bolnavul în cearșafuri cu apă rece și vom da cardiotonice. În caz de eritem vom rezuma tratamentul la pudrare. În cong. de gradul II vom fi atenți la infecțiile secundare. Procedăm la decaparea bulelor, pudre antiseptice, alifii indifferente. În cong grad III băi locale, comprese absolut interzise, aplicare de alifii indifferente. Părțile necrozate se îndepărtează cu apă oxigenată. Vindecarea este târzie și uneori pacientul ajunge la chirurg. Autorul amintește despre „Perniosis” (pete violete prurigioase și noduli). O altă leziune prin rece a pielii este „Eritrocianozis crurum puellarum” cu tumefacția edematoasă de culoare roșie-cărămizie, localizată mai ales pe gambe. Ca tratament, băi alternante sau radiumterapie (200.000—300.000 U. Mache).

Diagnosticul sifilisului hepatic (Zur Diagnostik der Leberlues) de Albrich. Med. Klin. J. 37, Nr. 42, S. 10, 59 (1941).

Simptomatologia sfl. ficatului este de cele mai multeori neclară și lipsită de simptome caracteristice. Un simptom constant este febra cu caracter continuu sau remitent. O tumoră a splinei este mai totdeauna existentă. Icterul ascita, sunt alte simptome care pot avea o valoare diferențial diagnostică. Eosinofilia pledează pentru geneza luetică a afecțiunii hepatice. Forma cea mai frecventă a sifilisului hepatic este cea gomoasă. Diagnosticul devine posibil cu ajutorul examenului radiologic prin pneumoperitoneu. Tratamentul salvarsanic va fi imediat încetat și se va continua cu iod-bismut.

Despre tratamentul local al combustiiilor cu alifii sulfamidice (Zur Lokalbehandlung von Verbrennungen mit Sulfonamidhaltigen Salben) de Hrad. Dtsch. Med. Wschr. J. 67, Nr. 42, s. 1147 (1941).

Autorul deosebește un tratament general al combustiiilor (alcaloizi, administrarea de lichide, susținerea cordului, transfuzie sanguină, hormon suprarenal în combinație cu doze mari de vitamina C) și un tratament local, care are ca scop: calmarea durerilor, combaterea infecțiilor secundare și obținerea unui epiderm normal prin înlăturarea cicatricilor. Autorul aplică în tratamentul combustiiilor Albucidul. În primele zile aplică comprese cu Thimol plus 5% tanin, trecând pe urmă la tratamentul cu alifie de Albucid-Eucerină 10%. Bolnavilor li s'a administrat concomitent timp de 5 zile Albucid per os în doza de 3 ori 2 table pe zi. Toate cazurile sau vindecat fără complicații secundare.

Dr. Emil Bologa

Note și informațiuni

Decrete, Decizii

— In Monitorul Oficial Nr. 185 din 11 August 1942 a apărut Decizia Ministerială Nr. 36876/1942, prin care s'a redactat un proiect de lege privind la regimul sanitar al climtrelor, al deshumărilor și al transporturilor, al îmbalsămarilor și al incinerărilor cadavrelor umane. In acest scop s'a însărcinat cu redactarea acestui proiect o comisiune.

— Prin Decizia Ministerială Nr. 32.299/1942 s'au înființat pentru anul școlar 1942/1943 câte o școală de surori infirmiere pe lângă spitalele din următoarele centre urbane: Roman, Huși, Sighișoara, R.-Vâlcea, Tg.-Jiu, Târgoviște, Galați (Spitalul de Stat) și Brașov (Spitalul Mărzescu).

— Prin Decretul Nr. 2326/1942, publicat in Mon. Of. Nr. 187 din 13 August 1942, d-l Dr. I. Blăteanu, profesor titular la catedra de igienă și medicină preventivă, dela Facultatea de medicină din Iași, se transferă, pe data de 1 Oct. 1942, cu toate drepturile câștigate in învățământ, la catedra de clinica boalelor contagioase dela Facultatea de medicină din București, in conformitate cu dispozițiunile art. 63 din legea de organizare a învățământului superior.

— Prin Decretul Nr. 2327/1942, publicat in Mon. Of. Nr. 187 din 13 August 1942, d-l Dr. Gh. Banu se numește, pe data de 1 Octomvrie 1942, profesor titular la catedra de medicină socială dela Facultatea de medicină din București, grupa 8 A bis, tip de salarizare 18, in conformitate cu dispozițiunile art. 64 din legea de organizare a învățământului superior.

— Prin Decretul Nr. 2329/1942, publicat in Mon. Of. Nr. 187 din 13 August 1942, d-l Dr. Constantin Vasilescu, șef de secție definitiv, se numește, pe data de 1 Octomvrie 1942, conferențiar definitiv la conferința de anatomie patologică, la Facultatea de medicină din București, grupa A 8 bis, tip de salarizare 24, in conformitate cu dispozițiunile art. 64 din legea de organizare a învățământului superior.

— Prin Deciziunea Ministerială Nr. 16.054 din 1 Iunie 1942, d-l Dr. Micleaș Vasile se numește pe ziua de 1 Iunie 1942, pe termen de 3 ani, medic secundar la secția de boli interne a Spitalului Târnăveni, pe baza concursului in specialitate ce a depus, grupa A 18, tip 30, cu salariul de 8200 lei, in locul d-lui Dr. Bărbat Emil, care se repartizează ca medic

secundar provizoriu la secția de psihiatrie dela același spital.

— In Mon. Of. Nr. 189, din 15 August 1942, s'au publicat condițiunile pentru ținerea cursurilor de înfișiere și perfecționare pentru administratorii și intențenții de spitale, cursuri ce durează dela 1 Septemvrie 1942 până la 30 Octomvrie 1942.

— In Mon. Of. Nr. 190, din 17 August 1942, a apărut Decizia Ministerială Nr. 41.903/1942, prin care se înfișează taxa oficială a specialităților farmaceutice autorizate.

— In Mon. Of. Nr. 203, din 1 Septemvrie 1942, s'au publicat condițiunile pentru ocuparea postului vacant de medic primar chirurg la Spitalul R.-Sărat.

— In Mon. Of. Nr. 208, din 7 Septemvrie 1942, s'a publicat vacant postul de medic primar chirurg al Spitalului Spiridon din Galați.

— In Mon. Of. Nr. 210, din 9 Septemvrie 1942, s'a publicat vacant postul de medic primar al Sanatorului T. B. C. Marila, jud. Caraș.

— Prin Decretul Nr. 2683/1942, publicat in Monitorul Oficial Nr. 218, din 18 Septemvrie 1942, au fost numiți, pe data de 1 Octomvrie 1942, ca profesori titulari la Facultatea de medicină din Sibiu, in conformitate cu dispozițiile art. 64 din legea de organizare a învățământului superior, următorii membri ai personalului didactic:

D-l agregat Dr. Mihail Zolog, ca profesor titular la catedra de igienă generală, grupa A 8 bis, tip de salarizare 18

D-l conferențiar Dr. Leon Danielle, ca profesor titular la catedra de fiziologie, grupa A 8 bis, tip de salarizare 18.

D-l șef de lucrări Dr. Marius Hăngănuș, ca profesor titular la catedra de balneologie și dietetică, grupa A 8 bis, tip de salarizare 18.

D-l șef de lucrări Dr. Cornel Crișan, ca profesor titular la catedra de histologie, grupa A 8 bis, tip de salarizare 18.

Rectificare. In articolul d-lui Danielle, despre „Fistulizarea temporară a intestinului subțire etc.”, apărut in Nr. 9/1942 al Revistei, la observația Nr. 29/1941, in alineatul penultim, in loc de „La 10 zile dela etc.”, a se citi „La 40 de zile etc.”

Bibliografie

din sumarul revistelor streine primite la redactie

Deutsche Medizinische Wochenschrift, No. 33. vom 14. Aug., 1942.

Wachstumssteuerung gefährdeter Epithelialgebiete: Cramer.
 Über verschiedene Verlaufsformen des Wollynischen Fiebers: Kerger.
 Über die Hormonbehandlung des Magen-bezw. Zwölffingerdarmgeschwürs: Walinski.

No. 34. vom 21. Aug., 1942.

Kritische Bewertung der Vitamintherapie: Schroeder.
 Vitamine in der Behandlung innerer Krankheiten: Stepp.
 Gasbrandbazillen im Gelenkempyem und Sulfonamidbehandlung: Schmidt-Lange.

No. 35. vom 28. Aug., 1942.

Die Bedeutung des Elektrolytgleichgewichtes für die Reaktionslage des vegetativen Nervensystems: Jesserer.
 Diaplazentare Übertragung der Lymphogranulomatose? Parade.
 Die Lichtdermatosen: Saltner.
 Zur Frage der „Akuten Leukämie“ vom qualitativen Standpunkte aus Miliar-tuberkulose als Ursache: Arneith.
 Ein deutscher Arzt am Hofe des Meiji-Tenno: v. Leers.
 Hans Schmidt zu seinem 60. Geburtstage am 31. Aug. 1942: Hansen.

No. 36. vom 4. Sept., 1942.

Die Prognose des Diabetes: Umber.
 Die Probatorische Strophantninjektion in der Sprechstunde: Schlegel.
 Ultraschall zur Behandlung von Emphysem und Asthma: Scholz.
 Kritische Anwendung des Bockschens Erythrozytometers bei Blutkrankheiten: Schumacher.
 Wie lässt sich die Heissluftentlausung verbessern? Clauberg.
 Zur jahreszeitlichen Anpassung des Menschen

Wiener Medizinische Wochenschrift, No. 33. vom 15. Aug., 1942.

Ein Beitrag zur Kaiserschnittfrage: Alois Aigner.
 Lichtsensibilisierung der Haut durch Sulfonamide: E. Gasser.

No. 34. vom 22. Aug., 1942.

Aus klinischen Beobachtungen über Lues visceralis: K. v. Buinewitsch.
 Multiple Sklerose: J. Kallus.
 Die Behandlung und Prophylaxe des Fiebers im Wochenbett mit Follikelhormon: Ludwig Kraul.
 Zur Frage der Follikulinwirkung auf die Brustdrüse: Othmar Mondré.

No. 35. vom 29. Aug., 1942.

Über Vor- und Nachteile der einzelnen Krätzemittel unter besonderer Berücksichtigung vom Novascabin: Walter Glass.
 Über Appendixsymptome bei Retroversio retroflexio uteri: A. L. Schmid

No. 36. vom 5. Sept., 1942.

Moderne Tuberkulosebekämpfung: Walter Ekhart.
 Wesen und Verursachung der Menstruation und der Klimax: Alfred Greil.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift, No. 32. vom 8. Aug., 1942.

Die physikalische Behandlung Unfall- und Kriegsverletzter: M. Dubois.
 Das chronische Lungeninfiltrat mit Bluteosinophilie: M. Kartagener.
 Der Wert einer raschen Versorgung von Beinamputierten mit der Übungsprothese und die Beschreibung einiger einfacher Stelzen: H. Debrunner und Ch. Petri.
 Die Darmblutungen bei Verschluss der Vena cava inferior: W. Berblinger.

Der intrakutane Armtest bei dentogener Herdinfektion: F. Prader.

No. 33. vom 15. Aug., 1942.

Beiträge zur Altersbestimmung der Nierentuberkulose: F. Suter.
 Système nerveux et fatigue: M. Monnier.
 Sport und Ermüdung: A. Jung.
 Der phycomyces-Test zur Bestimmung des Vitam'n B₁ und seine klinische Anwendbarkeit: E. Deutsch.
 Erfahrungen mit Permonid compositum im der Chirurgie: Giulia Drack
 Die direkte Vertäglichkeitsprobe vor der Bluttransfusion: R. Bucher.

No. 34. vom 22. Aug., 1942.

Über die Behandlungserfolge beim Carcinoma colli uteri: J. H. Müller.
 Über die sog interstitielle, plasmazytäre Pneumonie des frühen Säuglingsalters: F. und W. Stirnimann.
 Invaginatio coecalis bei regionaler Enteritis (Ileitis terminalis): G. Rieben
 Erfahrungen mit Insulin: A. Friedemann.
 Quelques considerations sur la fièvre ondulante et son séro-diagnostic.
 Anantages de la fixation du colplément: V. Badoux
 Myocardite et néphrite allergiques dans un cas d'adénite hilare tuberculeuse: J. Flagg et M. Froehner.

No. 35. vom 29. Aug., 1942.

Eine neue Methode der Reinfusion des Bauchhöhlenblutes. Gleichzeitig Beitrag zur Technik des Absaugens von Koerperhöhlenflüssigkeiten: A. und M. Laszczower.
 Das Hustenmittel „Ipedrin“. W. Huber.
 Experimenteller Beitrag zur Behandlung der Kohlenoxydvergiftung: A. Thurnherr.
 Ein Fall von gastrogener Polyneuritis und Tetanie: Helene Roesli.
 Ein neues Gerät zur Dauerdrainage von Lungenkavernen: H. Alexander.
 Ein neues Pneumometer zur Bestimmung des Expirationsstosses (maximale Ausatemungsstromstärke): W. Hadorn.

No. 36 vom 5. Sept., 1942.

Die ernährungsphysiologische Bedeutung konservierter Nahrung: A. Fleisch.
 Die Ernährung des gesunden und kranken Kindes im Kriege: G. Fanconi.
 Die Kohlenhydrate in der Säuglingsernährung der Notzeit: F. Stirnimann.
 Zum Problem der Eiweissversorgung im Kriege: A. Jung.
 Die Konserve als Ernährungsfaktor: N. Bömmels.
 Die Milchkonservé: Chr. Zbinden.
 Les laits conservés dans l'alimentation de guerre: M. Guigé et A. Jaton.
 Gehalt der Konservennahrung (Früchte und Gemüse).
 Norwegische Fischkonserven: Finn Jakobsen.
 Le cacao et le chocolat: C. del Boca.
 Kakao und Schokolade: H. Zschokke.
 Soll die Sojabohne in der Schweiz angebaut werden? G. Moser.
 Künstliche Süsstoffe: H. Staub.
 Einiges zu wenig Beachtetes in Ernährungsfragen: A. Gigon.
 Der Vitamingehalt von italienischen Tomaten und Tomatenerzeugnissen: H. M. Rauen.
 Il pomodoro ed i suoi derivati nell'industria conservata italiana: Aldo Piegai.

Wiener Klinische Wochenschrift, No. 33 vom 14. Aug., 1942.

Leistungsmedizinisches Denken in der ärztlichen Praxis: H. Pirker.

Über das Prontosilfieber: F. Hoegler und K. Loibl.

Die monomanuelle Stoss palpation (Eine neue Methode der gynäkologischen Untersuchung): R. Käuffler.

Zur heutigen Auffassung von der Aetiologie der Wehenschwäche und der Möglichkeiten ihrer Behandlung: H. Rauscher.

No. 34 vom 21. Aug., 1942.

Frau und Kasse: K. Tuppy.

Menarche und Menopause bei an Karzinom der Vulva Erkrankten: E. Maier.

Über Dünndarmfunktionsstörungen nach Ruhr und ihre Behandlung: H. Siedek.

Zur Torsion des Uterus myomatosus: A. Bachbauer.

No. 35 vom 28. Aug. 1942.

Zur Technik und Indikation der Bluttransfusion: R. Boller.
Sieben Jahre Urologie an der I. Chirurgischen Universitätsklinik: P. Deuticke.

Zur Einführung des Heilverfahrens für Geschlechtskranke in Wien: F. Voss.

Zur Aetiologie des Bronchialastmas und seiner Behandlung: H. Weber.

No. 36 vom 4. Sept., 1942.

Keimdrüsenhormone und Kohlehydratstoffwechselregulation: S. Thaddea.

Über die Beeinflussbarkeit des Fusionvermögens durch äussere Faktoren: W. Leopoldsberger.

Über die Behandlung der Leuchtgasvergiftung: R. Singer.

No. 37 vom 11. Sept., 1942.

Krankheitsbild und Differentialdiagnose des Fleckfiebers: F. Hoff und E. v. Brunn.

Die unmittelbare Krankenuntersuchung- vom Standpunkt der Auskultation: A. Sattler.

Zur Pathophysiologie der frischen Verletzungen des Zentralnervensystems: v. Stockert.

Die Medizinische Welt, No. 11 vom 23. Mai, 1942.

Die Früherkennung und Behandlung des Mastdarmkrebses: A. W. Fischer.

Beurteilung und Behandlung von Herzrhythmusstörungen: A. Pierach.

Ursachen der genuinen Epilepsie und die Reflexepilepsie: A. Knapp.

No. 22 vom 30. Mai, 1942.

Früherkennung und Versorgung des Glaukoms in der Allgemeinpraxis: P. Sievert.

Die Behandlung von Ohrfremdkörpern: O. Steuerer.

Zur Kritik des Auslöschphänomens beim Scharlach: Dr. Essen und Dr. Danneel.

No. 23 vom 6. Juni, 1942.

Frühdiagnose aktiver Lungentuberkulose und Fehlerquellen: H. Alexander.

Mitteilungen über Heufieber- Diagnostik und Therapie: F. Imhof.

Ein Fall von Akromegalie mit einer schweren hypochromen Anaemie: J. Andresen.

No. 24 vom 13. Juni, 1942.

Katarrhalische Gelbsucht und epidemischer Ikterus: H. Vogt.

Über den Chemismus der allergischen Krankheiten: H. Jaeger.

Konservative Behandlung des eingewachsenen Nagels: Hegewald.

Wandlungen der Dermatologie und die Hautklinik der Zukunft: A. Stühmer.

No. 25 vom 20. Juni, 1942.

Pulsatorische und respiratorische Bewegungsvorgänge im Liquor cerebrospinalis in der Schädelrückgrathöhle: E. Becher.

Zur Hormonbehandlung der Ulkuserkrankheit: E. Scheller.

Aus der täglichen Praxis eines Hygienischen Institutes: F. v. Bormann.

No. 26 vom 27. Juni, 1942.

Neue Ergebnisse der Blutgruppenforschung und ihre forensische Bedeutung: P. Dahr.

Zur Hormonbehandlung der Ulkuserkrankheit: E. Scheller.

Die Sulfamidtherapie: H. Sprafke.

Ein neuer Papiergipsverband: R. Werner.

No. 27 vom 4. Juli, 1942.

Die Behandlung des Furunkels: W. Krantz.

Schleichende Pfortaderthrombose mit tödlicher innerer Blutung nach angelaufener „Blinddarmreizung“: J. Köstler.

No. 29 vom 18. Juli, 1942.

Die biologische Leukocytenkurve als Mass des Therapieerfolges bei Pneumonien- ihre vereinfachte Darstellung: E. Mark und H. Knops.

Die Asphyxie des Neugeborenen und ihre Therapie: E. Puppel.

Über Fokalinfection vom Standpunkt des Hals-, Nasen und Ohrenarztes: H. Rollin.

No. 30 vom 25. Juli, 1942.

Zur Behandlung von Ermüdungserscheinungen: M. Hochrein.

Die Schnellbehandlung der Skabies: G. Hopf.

Dermatomyositis im Kindesalter nach Gelenksthematismus: H. Koops.

No. 31 vom 1. Aug., 1942.

Zur Behandlung der Schenkelspseudarthrose: W. Stotz.

Durch die heisse Jahreszeit bedingte Hauterkrankungen: Saltner.

Erfahrungen in der Behandlung von Peritonitissäbabszessen: C. Lcuwer.

No. 32 vom 8. Aug., 1942.

Über Ikterus epidemicus (Hepatitis epidemica) und Ikterus simplex: H. Kämmerer.

Zur klinischen Differentialdiagnose des Herzmuskelfarktes: H. Schulten.

Vorschläge zur Prophylaxe und Therapie der fieberhaften Fehlgeburt: W. Lüttge.

No. 34 vom 22. Aug., 1942.

Die Malaria, ihre Erkennung, Differentialdiagnose und Behandlung: H. Ruge.

Ursachen und Behandlung der männlichen Sterilität: H. Boeminghaus.

Ein neuer Weg zur Bekämpfung des Krebses: M. Meyer und W. Voit.

No. 35 vom 29. Aug., 1942.

Die Prognose des diphtherischen Herzschadens: F. Kienle und M. Witzemann.

Ambulante Behandlung mit Depot-Insulin: C. Dienst.

Über die Kohlenoxydvergiftung und die richtige Entnahme der Blutproben zur Kohlenoxydbestimmung: J. May.

Hippokrates, No. 32 vom 6. Aug., 1942.

Lauchgewächse als Heilmittel unter besonderer Berücksichtigung des Bärenlauchs: Lahn.

Praktischer Arzt und Betriebsarzt im Kriegseinsatz für die Leistungssteigerung: Stalherm.

Die Bedeutung der Alpen für die Ertüchtigung der gesunden Jugend: v. Philipsborn.

Über ein einfaches, bewährtes Verfahren zur Abtötung der Kleiderlaus und Verhütung des Flecktyphus im Felde: Russ.

No. 33 vom 13. Aug., 1942.

Über die Wirkung physikalischer Massnahmen auf das Asthma bronchiale und deren Darstellung durch Pneumogramme: Zuschneid.

Die Bedeutung von Randsymptomen für das rechtzeitige Erkennen des Kollumkarzinoms: Manstein.

Ist die Phimoseoperation vermeidbar?: Becker.

Nr. 34 vom 20. Aug., 1942.

Zur Ursache und Verhütung einiger Nebenwirkungen der Sulfonamide: Hüllstrung.

Die Entmannung von Sittlichkeitsverbrechern gemäss dem Gesetz vom 24. Nov. 1933. Beobachtungen und Ergebnisse: Bunsmann.

Nr. 35 vom 27. Aug., 1942.

Was der praktische Arzt über die Pyelitis gravidarum wissen muss: Held.

Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose unter besonderer Berücksichtigung der Dysphagie: Mathé.

Aus der Heillehre Rademachers mit besonderer Berücksichtigung seiner Lebermittel: Schad.

Nr. 36 vom 3. Sept., 1942.

Retroflexio uteri und Konstitution: Mayer.

Zerebrale Erscheinungen der Numpsviruserkrankungen: Bonell.

Die Wirkung von Dinitro-ortho-Kresol auf den menschlichen Organismus und Vorbeugungsmassnahmen: Schmidt.

Der Landarzt, Nr. 32 vom 5. Aug., 1942.

Intermittierendes Hinken und seine Therapie: Behr.

Nr. 33 vom 12. Aug., 1942.

Das Hüftgelenk in der täglichen Praxis: Imhäuser.

Nr. 34 vom 19. Aug., 1942.

Das Hüftgelenk in der täglichen Praxis: Imhäuser.

Grossaktion der Gauleitung Ostpreussens zur Hebung der Volksgesundheit und Bekämpfung der Kindersterblichkeit: Gutzeit.

Nr. 35 vom 26. Aug., 1942.

Standesspiegel: Berger.

Das Hüftgelenk in der täglichen Praxis. (Schluss.): Imhäuser.

Folia Therapeutica, Heft 8, August, 1942.**Klinische Wochenschrift, Nr. 26 vom 27. Juni, 1942.**

Histologisch nachgewiesene Speicherung übereinstimmender kokkenähnlicher Gebilde in Endothelzellen von Haut, Schleimhaut und Lymphknoten bei Mycosis fungoides, Streptokokken-sepsis, Scharlach und tierexperimentellen Streptokokkeninfektionen: Tornack.

Wirkung von hohen Stilbendosen auf schwangeren Organismus: Belonöschkin.

Das artefizielle Hautemphysem zur Reiztherapie: Boller.

Über einige Hindernisse bei der Bestimmung der Ascorbinsäure in Harn: Dobszay.

Nr. 27 vom 4. Juli, 1942.

Die sterische Spezifität der Peptidasen und ihre Beziehung zum Krebsproblem: H. Herken.

Behandlung und Bestrahlungsleukopen mit Granocytan: Pfeiffer.

Die vorbeugende und heilende Wirkung des Vitamins E auf das klinische und histopathologische Bild der Diphtherie: Butturini.

Zur Frage des thymotropen Hormons des Hypophysenvorderlappens und des Thymushormons: Anselmino.

Nr. 28 vom 11. Juli, 1942.

Über die Beziehung vom Feinbau einzelner Proteinbausteine zu ihrer eiweisschemischen Wirkung: Wunderly.

Über den Blutdruck bei der Angina pectoris: Haakshorst.

Thrombin- und Antithrombinfunktion des menschlichen Serums: Storz.

Auftreten corticotroper Wirkstoffe während der Insulin-Hypoglykämie: Bartelheimer und Cabeza.

Zur Scharlacherkrankung Neugeborener: Hennig.

Nr. 29 vom 18. Juli, 1942.

Über Kältebehandlung bei Krebs: Eltorm.

Über intravenöse Eisentherapie bei Anämien: Büchmann.

Thymus und Blutbildung: S. de Candia.

Vergleichsuntersuchungen über die spezifisch-dynamische Wirkung nach Eiweissfrühstück oder Glykokollbelastung: R. Engel und H. Gillmann.

Eine einfache Methode zur getrennten, quantitativen Bestimmung von freiem und verestertem Cholesterin mit 0,01 ccm Blut aus der Fingerbeere: W. Trappe.

Nr. 30 vom 25. Juli, 1942.

Über Kältebehandlung bei Krebs: Eltorm.

Immunitätserscheinungen in experimentellen Fieber mit besonderer Berücksichtigung des pyrogenen Stoffes aus Thypusbakterien: Centanni.

Der Einfluss des Vitamin E auf das Corpus luteum graviditatis: H. Winkler.

Wirkungsmechanismus von Sulfanilen bei Gasbranderreger: H. Schreus.

Nr. 31 vom 1. Aug., 1942.

Zur Pathophysiologie des Ikterus: Meythaler.

Über das sog. thymotrope Hormon des HVL: D. Albers und J. Athanasiou.

Die Rolle des Glutathion und des Vitamin C in der Detoxikation: Kovacs.

Bedeutet Flüstern Stimmruhe oder Stimmschonung: Döhne.

Hilfsmittel für Reihenversuche: Rupčić.

Nr. 32 vom 8. Aug., 1942.

Zur Pathophysiologie des Ikterus: Meythaler.

Schilddrüse und Blutdiastase: Gültow.

Zur Fleckfiebertherapie mit Sulfonamiden: Bury.

Über aplastisch-anämische Krise in der Schwangerschaft: Stodtmeister.

Über den Einfluss der Elektroschockbehandlung auf den Sexualcyclus: A. Westmann.

Therapie der Gegenwart, Heft 7, Juli, 1942.

Neue Ergebnisse der Ernährungsforschung: Über die Begriffe Mesothropie, Prärachitis und das Verhalten der Antikörper: W. Kollath.

Muskelverletzungen und ihre Behandlung: F. Heiss.

Ernährung und Krebs: H. Auler.

Differentialdiagnose und Therapie der Invagination: R. Sievers.

Das Wasserbett, seine technische Einrichtung und seine Anwendung, insbesondere in der Dermatologie: L. Arzt.

Fortschritte der Therapie, Heft 7, Juli, 1942.

Poliklinische Erfahrungen mit Strophosid: H. W. Lübke.

Die Veritolwirkung beim Herzgesunden und beim Herzkranken: W. Sprenger.

Zur Behandlung der Agranulozytose und verwandter Zustandsbilder: O. Bayer.

Heft 8, August, 1942.

Die Schwellstromiontophorese und ihre praktischen Erfolge: Tigges.

Erfahrungen und äusserliche Anwendung von Sulfathiazol bei infektiösen Dermatosen: K. Goyert.

Behandlung der Furunkulose mit Sulfonamiden: Ad. Schöger.

Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung, Nr. 16 vom 15. Aug., 1942.

Sozialpsychologische Zwillingsforschung: F. Schäfers.

Anwendung und Technik des Eigenblutverbandes bei therapieresistenten Ulcera cruris: H. Kreyes.

Ultraschall in der Therapie: Parow-Souchon.

Nr. 17 vom 1. Sept., 1942.

Zur Frage der Prostatahypertrophie und ihre Behandlung: R. Tölle.

Beobachtungen über Epidemiologie und klinischen Verlauf bei Hepatitis epidemica: E. Henning.

Das Mass für dem Herzschatten: K. L. Schmitz.

Erfahrungen in der Allgemeinpraxis mit CO₂-Streupulver „Gehe“ bei schlecht heilenden Wunden: I. Heller.

Die Medizinische Welt, Nr. 33 vom 15. Aug., 1942.

DECUFER

combinație ideală pentru combaterea rachi-
tismului și anemiei, un comprimat conținând:

DE = VITAMINA D : 500 U. I.

CU = CUPRU CARB. : 0,4 Mg.

FER = FER REDUS : 20 Mg.

CUTIE CU 60 COMPRIMATE



OSS (Olanda)

Reprezentanța pentru România :

ODOL-PHARMA

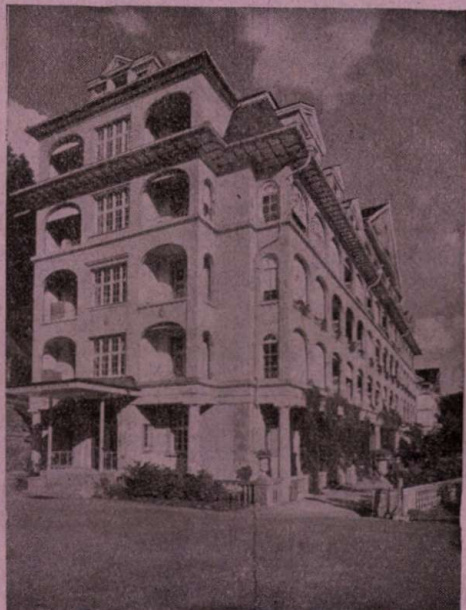
SECȚIA FARMACEUTICĂ

ODOL S. A. R.

STRADA APOSTOL MĂRGĂRIT, 22 - TELEFON 5-6776
BUCUREȘTI IV

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

în camere pt. două persoane dela RM 9

în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmeler**
Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnhof Seebrugg (Deutschland)

EUPHORYL

DERMATOSE
PRURIGINOASE
PRURIT
ANAPHYLAXI
CUTANATE
INTOXICAȚIUNI

3 CACHETE PE ZI
CAZURI ACUTE
INIEȚIUNI INTRAVENOASE

Creat și experimental în Spitalul din Paris.

LABORATOIRES "ANA" 18, AV. DAUMESNIL, PARIS



Euphoryl infantil

(GRANULE SOLUBILE)

TURBURĂRI DIGESTIVE
DERMATOSE
PRURITE
ANAPHYLAXI ALIMENTARE
INSUFICIENȚĂ HEPATICĂ

POSOLOGIE

1 linguriță de cafea după m. și de v. și

LABORATOIRES "ANA" 18, AV. DAUMESNIL, PARIS



hirudinase

IDRAGELEI

DOZĂ MIZLOCIE : 4-6 DRAGELE PE ZI

INSUFICIENȚĂ VENOASĂ
INFECȚIUNI
VASCULO-SANGUINE
FLEBITE-SEPTICEMII
AMENOREE

Prima produs
specific în
baza de
de la
de la

Creat și
experimental
la
de la



LABORATOIRES "ANA" 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS



Salicylate

SURACTIVE
"ANA"

SALICILAT DE SODIU
IN AMBUNIA
CALCO MACULESIANA
TOLUSAT

32 gr.

SAICILATUL
SURACTIVE
TOLUSAT

INIEȚIUNI INTRAVENOASE

Cele 4 avantaje :

- 1 - Supraactivare 170 %
- 2 - Gust agreabil
- 3 - Toleranță perfectă
- 4 - Concentrație mare

Reumatism - A L G I I

INFECȚIUNI-SEPTICEMII
TURBURĂRI HEPATICE



LABORATOIRES "ANA" 18 AVENUE DAUMESNIL - PARIS, XII

Mostre gratuite la cerere:

MEDIROM S. A. R. BUCUREȘTI IV. — STR. OLARI 23

TEL. 2.39-46

Redactionale

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 4 pagini de revistă. Costul tiparului peste 4 pagini va fi suportat de autor, 500 Lei pagina.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeeilor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 500. Pentru autorități 1000 Lei. Pentru studenți 300 Lei. Costul unui număr este 80 Lei.

— Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poştale pe adresa: Administraţia Ardealul Medical, Clinica ginecologică şi obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

1 pagină	odată	3.000,	3 ori	8.000,	6 ori	15.000,	12 ori	25.000	Lei
1/2	"	2.000,	"	5.000,	"	8.000,	"	15.000	"

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Pentru anunturi plasate pe pagina recto se socoteste un plus de 30%.

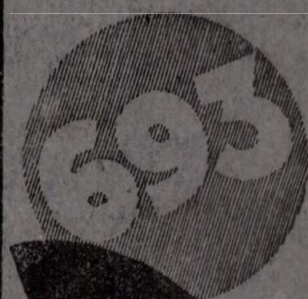
Pentru anunțuri periodice (băi, stat. balneare, stat. climaterice etc.) se plătește un plus de 50%.

Tabloul de preturi al extraselor pe formatul 8^o valabil dela 1 Septembrie 1942.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar		Coperta obicinuită hârtie culoare										Observație
	Primele 25 exemplare	Următoarele 25 exemplare	25	50	100	150	200	300	Peste 300 ofertă				
									e x e m p l a r e				
									L e i				
4	320	60	260	290	340	380	450	550	—	—	—	—	1 pagină din revistă co- respunde cca. la 3 pagini din extras.
8	430	90											
12	750	150											
16	740	130											
Extrase pe hârtie velină		Copertă groasă colorată										Pentru fiecare clișeu se va socoti în plus 15 Lei.	
4	330	70	300	380	540	690	850	1160	—	—	—	—	Tablourile etc. lipite la extrase se vor socoti în plus.
8	460	110											
12	790	180											
16	780	175											

Chimioterapie antibacteriană

PNEUMOCOCCI
MENINGOCOCCI
GONOCOCCI
STREPTOCOCCI
STAFILOCOCCI



Dagénan

SULFAPIRIDINĂ

α (Pamino-benrien sulfamido)-piridină

COMPRIMATE DOZATE LA 0.50g

doza medie la adult
în primele zile:

*3 grame, și mai mult în cazurile grave,
și anume în doze fracționate de câte
o jumătate de comprimat.*

ODETTE
LEAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FR^{ES} & USINES du RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8^e

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

Secretar de redacție:

Dr. D. CĂPRIOARĂ

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hăngănuș, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Teposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. M. Zolog.

**REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA**

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45

*Pentru hormonoterapie cu substanțe
active proprii corpului**

PROGYNON PROLUTON

pentru tratamentul
insuficienței ovariene
(și al cazurilor grave)

pentru tratamentul
hemoragiilor genitale
și al avortului repetat

TESTOVIRON

pentru terapia insuficienței
sexuale masculine

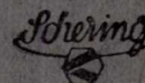
* Organismul nostru este adaptat acestor corpuri, al căror metabolism intermediar nu necesită noi funcțiuni. Deci tratamentul cu substanțe proprii corpului, dozate rațional, are multe avantaje, motiv suficient pentru a prefera pe cât posibil aceste substanțe, dacă putem obține cu ele același rezultat ca și cu medicamente străine corpului. — Klin. Wschr. 1938, N. 19, S. 653

Literatură detaliată și îndrumări referitor la dozaj stau la dispoziție

SCHERING A. G. BERLIN

Biroul științific București, Str. Clemenceau No. 6

Tel.: 3.58.05





La tuse intensă

Cardiazol-Dicodid- picături



Flacoane à 10 gr.

Dozare: sugari primesc de 2-3 ori pe zi 1-5 picături; copii mai mari de 3 ori pe zi 5-10 picături; adulți de 2-3 ori pe zi 15-20 picături.

KNOLL A.-G., Fabriici chimice, LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, București 3.

Având asigurată materia
primă necesară, punem la
dispoziția Domnilor medici

Vitamin „C”

sub formă de :

Ascorbin

Injectii

(L-Ascorbinat de sodiu)

0,05/1	cmc,	cutia	cu	10	fiole
0,10/2	"	"	"	5	"
0,50/5	"	"	"	3	"

Subcutan - Intramuscular - Intravenos

Ascorbin

Tablete

(Acid Ascorbic)

Tubul cu 12 tablete 0,05



Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R.
BUCUREȘTI



*In astenie, surmenaj, precum
și în convalescență*

TONICUM

»Bayer«

amelioarează tabloul sanguin, sporește vitalitatea
și mărește pofta de mâncare.

Flacon cu 180 cme.

»Bayer«



LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România :

„ROMIGEFA” S. A. R., București I, strada Brezoianu 53

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

SIBIUL MEDICAL

Anul XXIII

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL:

Articole științifice:

- Prof. Dr. Cristea Grigoriu și Asistent Dr. Păunescu Maxim: Folliculinoterapia în graviditatea complicată cu malarie Pag. 463
- Dr. Iulian Găina și Dr. Ion Nedelcu: Corpuri străine inclavați în vagin și uter în tentativele de avort criminal " 466
- Dr. Todea Corneliu și Dr. Pelea Ioan: Considerațiuni asupra unui caz de granulie cu evoluție puțin obișnuită " 468
- I. Macavei și M. Aleman: Considerațiuni asupra unui caz de Ankylostomiază duodenală " 470

Probleme terapeutice:

- Medic Major Dr. Diaciov M.: Terapia cheratitei parenchimatoase " 472
- Dr. George Păcurariu: Metuvit pomada actino-activă în terapia șancrului moale (veneric) și a ulcerelor cu etiologie diferită " 475

Organizare sanitară:

- Dr. Traian Bude: Medicul de circumscripție și organizarea sanitară în mediul rural " 477

Revistă generală:

- Dorin Sperantia: Acțiunea veninului și bacteriilor patogene " 480

Medicină de războiu:

- Dr. Mihăese Octavian: Considerațiuni asupra funcționării serviciului sanitar batalionar în trei situații tactice: paza coastei, defensivă, atac " 482
- Dr. Nicolae Pop: Proiectile deviate " 486
- I. Philipowicz: Simpatectomie în congelațiuni " 487

Bibliografie:

- Prof. Dr. Gh. Popoviciu: Contribuțiunile românești în pediatrie și puericultură " 489

Societăți medicale

- Societatea științelor medicale Cluj—Sibiu, Societatea medicală a Spitalului Militar Sibiu. " 492

Revista cărților

- Operațiunile gynecologice și principiile lor anatomotopografice de Prof. Dr. Med. Heinrich Martuis. — Elemente de fiziologie, tratamentul și alimentația nou născuților și sugariilor, pentru studenți, medici tineri și moașe de A. Haas. — Despre așa zisele ritmuri cosmice la om de B. de Rudder. — Dovezi nouă referitoare la dezvoltarea sistemului tiro-paratireo-timic și al arcului arterial al V-lea la șoarecele alb de Dr. C. Crișan. " 494

- Revista revistelor " 495

- Note și informațiuni " 500

- Bibliografie " 502

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări

și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CA



RUBIAZOL
COLORANT AZOIC

este
**CEL MAI ACTIV și
COMPLECT ATOXIC**

DOZA ZILNICĂ:
6-12 comprimate
2-3 fiole



LABORATOIRES DU DR. ROUSSEL-PARIS

Eșantioane Medicale și literatură la:

Reprezentanța generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTETIA” S. A. R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREȘTI, III

Telefon 221 38

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Foliculinoterapia în graviditatea complicată cu malarie

de

Asistent Dr. Păunescu Maxim

Acțiunea foliculinel asupra hematozoarului palustru, din sângele femellor gravide, n'a fost elucidată până în prezent, deși s'au făcut și se fac, în mod continuu cercetări. Influența hormonului ovarian — foliculina — asupra malariei, coexistând cu o sarcină de vârstă variată, a fost evidențiată pentru prima dată, la noi în țară, prin lucrările efectuate, în Clinica Gynecologică și Obstetricală din Cluj, de către d-l Prof. Dr. Cristea Grigoriu, încă din anul 1936.

Felul în care foliculina acționează asupra malariei a fost mult discutat, însă ipotezele variate emise, destul de numeroase, n'au putut fi puse la punct.

Chestiunea mecanismului foliculinel asupra hematozoarului din malarla gravidității, se găsește încă în suspensune și poate viitorul mai apropiat, sau mai îndepărtat o va lămurii.

Din lucrările publicate până în prezent, foliculina a acționat cu succes, producând o vindecare completă, fără recidive. Dacă până în prezent, toate rezultatele au fost favorabile, totuși experiențele făcute de noi, asupra unui caz recent, ne-au arătat că hormonul folicular nu totdeauna, dă rezultate favorabile, dar aduce, în orice caz, ameliorări apreciable.

Asupra acestui caz, unicul, în care foliculina n'a adus vindecarea, deși a fost administrată în doze masive, vom căuta să înșelst.

Este cazul bolnavei E. B., în etate de 19 ani, căsătorită, care prezenta la începutul lunii August 1941, o sarcină de luna a IV-a. Antecedentele heredo-colaterale fără importanță. Rugeolă, în copilărie. Se prezintă la Clinică la 8 August 1941, acuzând dureri toracice și abdominale, frisoane foarte des repetate, cu ascensiuni termice până la 40°.

La examenul clinic, se constată, o splină mărită, ce depășea rebordul costal, cu aproape două lățimi de deget. Bolnava prezenta aceste frisoane seara, către orele 20, și măsurând temperatura totdeauna, a constatat că depășește 39°.

După aceste ascensiuni febrile, bolnava prezenta transpirațiuni abundente, urmate de o cefalalgie puternică, cu o stare de adinamie foarte exprimată, după care, bolnava avea un somn profund.

Paloarea tegumentelor era aproape galbenă-ceroasă, starea de adinamie, astenie, anorexie, cu vertigii și senzația unor înțepături la extremitățile inferioare, arătau o malarie floridă, ce adusesse bolnava la o debilitate extremă.

Tensiunea arterială, măsurată cu V. L., arată că ne găsim în fața unei hipotensiuni, maxima fiind 9 $\frac{1}{4}$ și minima 6.

Examenul urinei pentru albumină: slab pozitiv. Sedimentul prezenta rari leucocite, celule epiteliale de descuamație și câțiva cristali de oxalați de calciu.

Studiind acest caz, am căutat să administrăm Atebrină, 3×1 tablete zilnic, timp de trei zile, după care frisoanele au dispărut, iar bolnava devenind afebrilă, la cerere proprie părăsește Clinica. I-am recomandat ca să revină, pentru control, dându-i și indicațiuni, de a urma un tratament la domiciliu pentru tonifiere.

Am făcut acest tratament specific malariei, deoarece bolnava prezenta starea generală foarte proastă și am căutat, ca să evităm eventualul avort posibil.

După două luni aproximativ, bolnava revine în serviciul Clinicei, prezentând din nou frisoane și temperatură, peste 39,5°. Sero-reacția B. Wassermann în sânge negativă. În sângele examinat pentru paraziții malariei, se constată prezența Plasmodiului Vivax. Hematiile numărate arată o anemie pronunțată, cu 2,400.000 globule roșii pe mmc. Starea de debilitate generală foarte exprimată.

Se începe administrarea hormonului folicular, injectând preparatul Oestroemenin în doze progresiv crescând, începând cu 30.000 U. I. și mai apoi, după 4 zile, ajungând progresiv la 60.000 U. I. din același preparat.

Totdeauna am administrat odată cu foliculina și soluția de adrenalină 1 $\frac{0}{100}$ i mai întâi $\frac{1}{4}$ cmc. și crescând am ajuns la $\frac{1}{2}$ cmc.

Se repetă, după ce am ajuns la 60.000 U. I. Oestroemenin timp de 4 zile aceeași doză, după care bolnava, nu a mai primit injecțiuni de foliculină de loc, deoarece, a primit timp de 1 săptămână nu mai puțin de 360.000 U. I. Oestroemenin.

În acest timp am observat că după primele două, trei injecțiuni, temperatura a scăzut, dela 39° la 37,7° până la 37,2°, Continuând tratamentul hormonal, cu doze masive de 60.000 U. I., partea curioasă, a acestui caz, a fost faptul că bolnava prezenta în timpul și după tratament, subfebrilități, fără frisoane, însă aceste

mici ascensiuni termice, erau distanțate la 4—5 zile, fără niciun alt simptom.

În acest timp, bolnava și-a revenit, prezentând, o stare generală ameliorată, cu apetit din ce în ce mai bun, însă ascensiunile febrile, se repetau în mod aproape regulat, deși atipic, față de cazurile studiate înainte.

Fiindcă sarcina depășise luna a VII-a, iar starea generală progresează foarte încet, bolnava fiind într-o ameliorare a boalei care nu arăta o vindecare, și pentru ca să nu se mai repete apariția malariei, am decis, a institui un tratament specific și anume cu Plasmochin. Concomitent cu acesta, se face remontarea bolnavei cu tonice generale și anume cu Ferropur și Perhepar, în dragée, dând 3×1 dragée zilnic. Plasmochin-ul a fost bine tolerat, de bolnavă, fără a observa apariția contracțiunilor uterine.

Observând, timp de 2 săptămâni bolnava, am constatat, că ascensiunile febrile au dispărut complet la aproximativ 8 zile, dela începutul tratamentului specific. Sarcina prezenta o evoluție normală, fătul fiind viu, având prezentația craniană poziția O. I. D. A. Starea generală a bolnavei, marca o remontare apreciabilă pe fiecare zi.

Am repetat numărarea hematiilor la 3 săptămâni, dela internarea în Clinică și aproximativ la 10 zile după instituirea tratamentului cu Plasmochin, obținând rezultatul următor: 2,650.000 gl. roșii pe mmc. Tabloul sanguin l-am găsit normal și spre surpriza noastră, Plasmodiul Vivax se găsește în sânge, pozitiv.

Rezultatul acesta nefavorabil ne-a îndreptățit, a repeta din nou tratamentul cu Plasmochin și tonice generale. În tot acest timp, n'am mai observat, nici un acces febril la bolnavă. Acest rezultat este excepțional, deoarece în cazurile observate și tratate mai înainte, numai cu foliculină, se observa, dispariția acceselor febrile, ameliorarea stării generale, în scurt timp, iar controlul sanguin, pentru paraziții malariei, era întotdeauna negativ.

După aproximativ o săptămână de completă afebrilitate și după aproape, o lună de tratament, bolnava părăsește clinica, având toate indicațiunile necesare, pentru evoluția normală a sarcinei dându-i sfatul, pentru a reveni pentru control.

La 15 Dec. 1941, bolnava se prezintă din nou la clinică și repetarea examenului sanguin, pentru Plasmodiul Vivax, ne dă, pentru a treia oară, un rezultat pozitiv, plasmodiile fiind prezente în sânge. Sarcina în această vreme, a avut o evoluție normală, deși bolnava se găsea în luna a IX-a. Auscultațiunea cordului fetal pozitivă, prezentația menținându-se craniană, însă pozițiunea fiind acum O. I. S. A. Am recomandat bolnavei repetarea din nou a tratamentului specific, cu Plasmochin, însă în doze fracționate și mai reduse, pentru a nu da loc la o eventuală naștere înainte de termen.

La 13 Ian. a. c., bolnava revine în serviciul clinicii, prezentând dureri tipice de naștere, și în aceeași zi, dă naștere, în mod spontan, la un făt de sex feminin, normal ca aspect și cu greutatea de 3200 gr. Expulzia placentei spontană după 45', având greutatea de 700 gr., fără alte caractere deosebite.

Din cordonul ombilical al fătului și din placenta am recoltat sânge, pentru cercetarea Plasmodiului Vivax, deoarece m'am gândit dacă n'ar fi posibil, ca paraziții să fie prezenți în sângele placentar. Rezultatul a fost însă, negativ. Lăuzia bolnavei a fost, oarecum diferită de normal, bolnava prezentând imediat după naștere ascensiuni termice, timp de 2—3 zile care ajungeau până la 38°—38,5°. În celelalte 6 zile, următoare, am observat subfebrilități, cari variau între 37,6°—37,2°, fără ca starea generală, a bolnavei să explice cauzele, acestei temperaturi. După 11 zile, bolnava având 2 zile de completă afebrilitate și din punct de vedere obstetrical uterul fiind bine involuat, cu lochiile normale, bolnava părăsește clinica.

La controlul executat, la aproximativ 2 luni și după apariția primei menstruații, se recoltează dela bolnavă sânge, pentru Plasmodiul Vivax, după ce în prealabil s'a făcut injecțiunea cu

Adrenalină sol. 1°/00: 0,2 cmc. Rezultatul acestei analize a fost negativ.

Din cauza plecării bolnavei din localitate, nu s'a mai putut ține în observație acest caz interesant, prin rezultatele obținute, atât prin administrarea hormonului folicular, cât și prin instituirea tratamentului specific malariei.

Al doilea caz este acel al bolnavei L. E., în etate de 30 ani, care în antecedentele heredo-colaterale și personale nu prezintă nimic deosebit. Menarcha la 15 ani. Tot la 3 săptămâni, menstruația s'a repetat în mod aproape regulat, având durata de 4—5 zile, în cantitate relativ redusă, fără alte inconveniente.

Bolnava a mai avut 6 nașteri, anterioare normale și 3 avorturi medicale.

La intrarea în serviciul nostru, prezintă o sarcină de luna a IX-a, fătul, fiind în prezentație craniană, poziția O. I. D. A. Examenul pentru albumină, puroi, sânge, negativ.

Temperatura din primele zile ale internării în clinică era de 38,5°—39°, iar această stare afirmativ, bolnava o prezenta de mai bine, de o săptămână. Micțiunile erau frecvente din cauza unei cystite, probabil de natură traumatică, care s'a tratat cu Firidium. La 3 zile de observație clinică, febra se urca la 39° și se repeta tot la 3 zile, sub forma unor accese tipice de malarie. Examenul sângelui pentru Plasmodii arată un rezultat pozitiv, evidențiind malarie; forma terță. Examenul clinic, arată splina ușor mărită, fără a depăși rebordul costal.

Se institue la indicația d-lui Profesor Dr. Cristea Grigoriu, un tratament hormonal. Se administrează preparatul Oestroemenin în doze de 50.000 U. I., combinat cu soluție de adrenalină 1°/00, injectând 0,1 cmc. După prima injecțiune accesul febril se repetă, bolnava prezentând temperatura de 39°, însă accesul malaric a avut o intensitate și o durată, mai redusă. Alternând cu accesele febrile, se injectează tot a doua zi adrenalină și foliculina forte de 50.000 U. I. După a doua injecțiune temperatura scade sub 39°, ajungând la 38,4°, ca după alte 3 injecțiuni de foliculină la 50.000 U. I., bolnava, să prezinte o stare de completă afebrilitate și să nu mai prezinte, nici un alt sistem de malarie.

După 5 zile de completă afebrilitate, în care timp starea generală s'a îmbunătățit în mod simțitor, revenind bolnavei apetitul și forțele fizice, după care bolnava, la cerere proprie, părăsește clinica vindecată.

La o săptămână după părăsirea clinicii se recoltează dela bolnavă sânge pentru examinarea plasmodiului malaric, care dă un rezultat negativ. Plasmodii sunt absenți. În acest timp bolnava a prezentat o stare generală foarte bună, iar sarcina, deși în luna a IX-a, evolua în mod normal spre termen.

Din observațiunea acestor două cazuri, unul a fost vindecat complet, prin instituirea tratamentului hormonal cu foliculină, încadrându-se în rezultatele favorabile, obținute prin această metodă și adăugându-se la celelalte 11 cazuri vindecate anterioare, prin același procedeu.

Cazul bolnavei, unde foliculina administrată în malarie, nu a dat rezultate, este o excepție, întru cât foliculinoterapia, n'a adus decât o neînsemnată ameliorare, boala persistând, în aproape tot timpul sarcinei, iar la indicațiunea d-lui Prof. Dr. Cristea Grigoriu, față de starea generală proastă a bolnavei, am administrat medicațiunea specifică malariei, Atebrina și Plasmochinul, evitând administrarea Chininei Sulf. spre a nu expune gravida, la o naștere prematură.

Accesul malariei a fost socotit, ca un șoc coloidal-clazic ce ar lua naștere odată cu expulzarea merozoizilor. *Weil* și *Besançon* cred că febra în accesul malaric, ar fi datorită șocului proteic în malarie, ca de altfel în orice alte infecțiuni.

În graviditate folliculina fiind mult mărită, cantitativ, ar avea aceeași acțiune ca și Colesterina, cu rol anti-toxic și antihemolitic, sau, după alții, ar avea o acțiune vaso-constrictoare, ce ar mobiliza din splină elementele globulare tinere, inclusiv hematozoarul palustru, care este pus în imposibilitate, de a mai acționa, fiind distrus.

Folliculina, ca și Colesterina, ar putea aduce o inhibiție, a sistemului reticulo-endotelial, iar hematozoarul forțat, să treacă, prin celulele reticulo-endoteliale înalte de a ajunge în globula roșie, după cercetările lui *Missiroli*, ar fi distrus.

Dacă, în cazul al doilea folliculina a avut un deplin succes: de ce n'a acționat la fel și în cazul dintâi, deoarece aceeași metodă, a fost utilizată și chiar același preparat?

Pentru ce folliculina, administrată în doze atât de masive, n'a adus, decât o ameliorare neînsemnată și trecătoare, fără importanță pentru starea generală a bolnavului?

După cum se știe, până în prezent mecanismul acțiunii folliculinei, asupra hematozoarului palustru este necunoscut, iar în cazul insuccesului avut, deși *d-l Prof. Dr. Cristea Grigoriu* a administrat, tratamentul hormonal și tratamentul specific malariei, este posibil, ca bolnava să fi avut, o rezistență specifică organismului, față de aceste preparate, datorită, formei latente și prelungite a malariei, ce o prezenta, așa cum de altfel se întâlnesc cazuri — rari, este adevărat, — de chinino-rezistență la malarici vechi și în regiunile paludice ale țării noastre, unde malaria este endemică. Această rezistență, față de folliculină, s'a manifestat întocmai, ca și față de preparatele specifice malariei: Atebrina și Plasmochinul.

Colibaciloza, ar putea provoca, ascensiunile termice specifice, asemănătoare cu cele ale malariei, și pentru cystita prezentă, în cazul citat ca nefavorabil, deși s'a făcut controlul bacterologic al urinei, nu s'a găsit colibacilul.

Din punct de vedere hepatic, sau cardiac, bolnava nu prezintă, nimic deosebit, iar splenomegalia observată, era specifică malariei și coexistă, cu tot cortegiul de simptome specifice acestei maladii.

Excluzând colibaciloza și maladiile hepato-cardiace, insuccesul tratamentului cu folliculină, în doze masive, administrată în graviditate, este posibil să fie datorit, poate, unor cauze necunoscute, până în prezent, deși cazuri de chinino-rezistență a organismului, ca și față de preparatele derivate ale chininei, utilizate, ar putea să existe, și în acest caz, acțiunea folliculinei asupra hematozoarului palustru, ar putea, să nu împiedice de loc, evoluția malariei, fapt care, explică repetarea stărilor de accese malarice, la gravidă.

În acest caz, am bănuț că, bolnava fiind originară dintr'un județ, unde malaria este endemică, lipsa de acțiune a folliculinei, să fie asemănătoare cu rezistența organismului bolnav, față de chinina sulfurică, sau toate preparatele similare administrate, pentru vindecarea malariei, fie că aceasta coexistă cu o sarcină, fie că evoluează înafară de graviditate.

CLINICA GYNECOLOGICĂ ȘI OBSTETRICALĂ CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. Cristea Grigoria

RESUMÉ

La folliculinothérapie dans le traitement de malarie pendant la gravidité

L'auteur a essayé la folliculinothérapie dans deux cas où la malarie coexistait avec la gravidité. Quoique dans tous les cas de cette situation, la folliculine a agi avec succès, sur un cas, d'une femme enceinte du quatrième mois, jusqu'au neuvième mois, la folliculine n'a eu pas aucune influence. L'auteur croit qu'il existe peut-être une résistance spécifique de l'organisme contre les préparates de Plasmoquine et Atébrine et par conséquent, une résistance semblable, en face de l'action de la folliculine.

ZUSAMMENFASSUNG

Follikulintherapie bei Schwangerschaft kompliziert mit Malaria

Die Follikulintherapie wurde in zwei Fällen versucht, wo die Malaria während der Schwangerschaft auftrat. Trotzdem in allen solchen Fällen das Follikulin mit Erfolg angewendet wurde, hatte das Follikulin bei einer Schwangeren vom 4-ten bis 9-ten Monat keinen Einfluss und die Verfasser sind der Meinung, dass ein spezifischer Widerstand des Organismus gegenüber des Plasmoquins und Atebrins und demzufolge auch gegenüber der Follikulinwirkung möglich ist.

Corpi străini inclavați în vagin și uter în tentativele de abort criminal

de

Dr. Iulian Găina și Dr. Ion Nodelcu

Obletele pe care femeile gravide sau persoane străine le întrebuințează ca instrumente pentru a provoca întreruperea sarcinii, în mod criminal, sunt de natură și formă foarte variată, denotând uneori mult spirit inventiv și fantezie în urmărirea acestui trist scop. Urmările sunt, bineînțeles, adeseori fatale: Infecția cu tot sumbrul ei cortegiu de varietate și multiple simptome, sau în cazuri mai grave perforațiile uterine, eventual și intestinale cu inevitabila infecție consecutivă.

Uneori însă urmarea tentativei de abort criminal e imediat surprinzătoare pentru persoana care manevrează „instrumentul”: obiectul introdus cu atâta precauție și osteneală în cavitatea uterină nu mai poate fi scos afară, fiind inclavat în această cavitate prin partea sa introdusă, sau când e mai mic, poate complet dispărea în uter, spre dezolarea „operatorului.”

Am avut ocazia să observăm câteva cazuri de acest fel. În toate aceste cazuri am reușit să extragem corpul străin „per vias naturales”, și — spre surpriza noastră, de astădată — corpul străin n'au produs nicio infecție, paciențele părăsind serviciul vindecate.

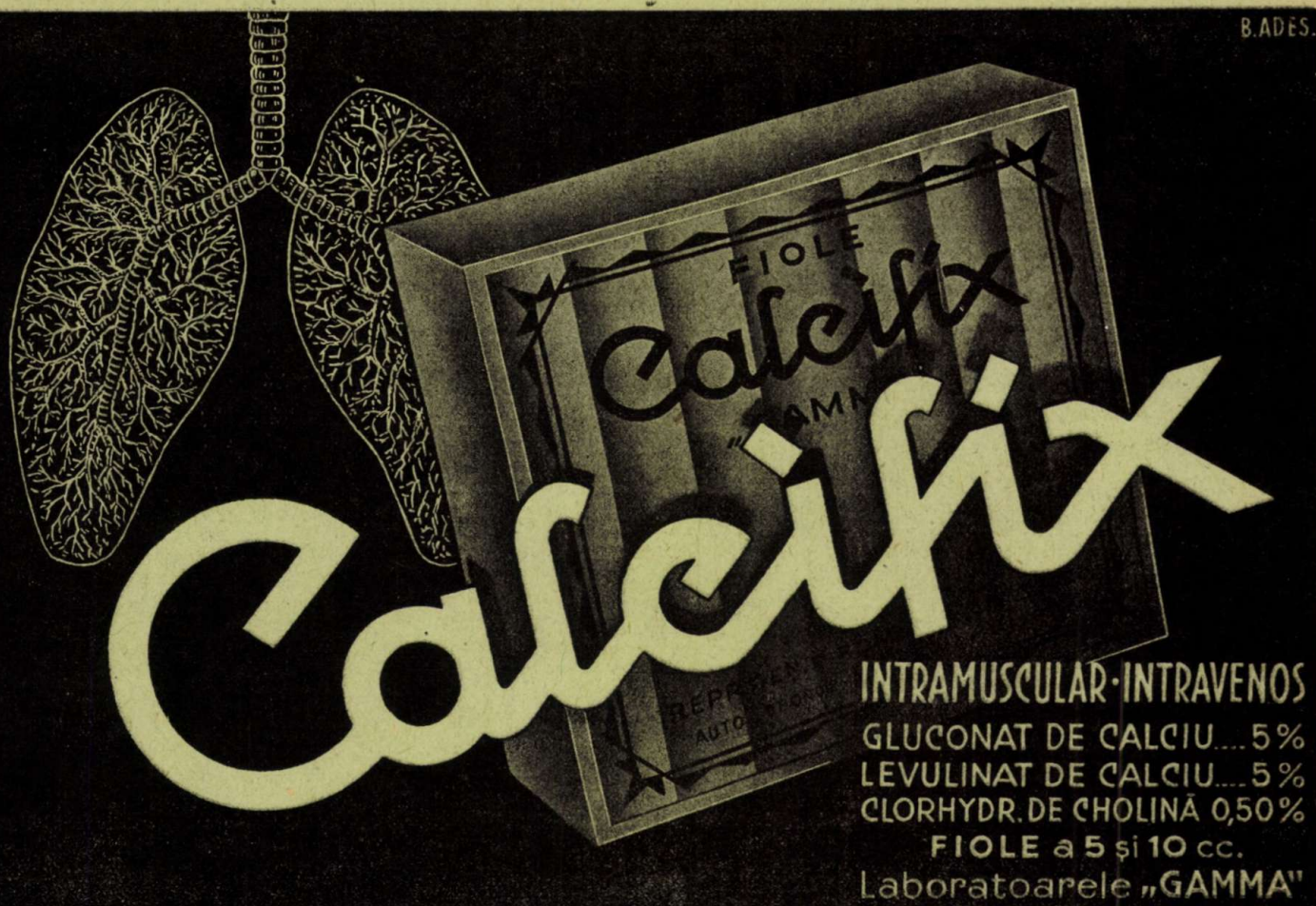
Cazul I. — B. I., 42 ani, căsătorită, casnică, în antecedente nimic deosebit. Menstruația la 15 ani, menstruația se repetă regulat (4 săptămâni) durata 3 zile. P. — P. = 4, ult. înainte de 13 ani, A = 2, ult. înainte de 8 luni. Ultima menstruație cu 6 săptămâni înainte de data prezentării la consultație. La interogator pacienta afirmă că înainte de aproximativ 2 ore și-a introdus în cavitatea uterină, spre a-și întrerupe sarcina, o sârmă a cărei capăt introdus era îndoit în formă de cârlig. Nu a mai putut scoate însă sârma introdusă, fapt pentru care vine la spital. Pacienta afirmă că înainte de 24 zile a avut frisoane urmate de febră și transpirații, care au durat aproximativ 3—4 ore, simțindu-se apoi din nou bine. — La examenul general, nimic deosebit. — T. = 37,5°, P. = 90 pe'. — Examen genital: ușoară emoragie din vagin, din vulvă, prolabează o sârmă, introdusă cu un capăt în cavitatea uterină. Uterul în ușoară retroflexie, mobil, ușor mărit ca volum, corespunde unei gravidități de luna I—II. Fundurile pe sac libere.

Am explorat traectul sârmei mergând cu isterometrul de-a lungul ei, și am constatat că e introdusă la o profunzime de 4 cm. în cavitatea uterină. Am dilatat puțin canalul cervical cu o pensă și am scos sârma învârtind-o în jurul axei sale. Sârma extrasă are o lungime de 23 cm., îndoită la un capăt în formă de cârlig,

lărgimea acestui capăt 1 cm. Sârma fusese introdusă în canalul cervico-uterin pe o distanță de 4 cm. (Figura I, sârma de sus). Pacientei i s'a făcut o injecție de Prontosil și i s'a aplicat pungă cu gheață pe abdomen. În ziua următoare pacienta face un frison, febră 40°, transpirație abundentă. Se la sânge în picătură groasă pe lamă. La examenul microscopic se constată prezența hematozoarului palustru, forma plasmodium vivax. Se aplică tratament antimalaric. Pacienta părăsește serviciul în ziua a 8-a vindecată, cu sarcina intactă.

Cazul II. M. M. 36 ani, căsătorită, casnică, Menarcha la 14 ani. Menstruația se repetă la 24—28 zile, durata 2—3 zile. P = 3, A = 5, ult. înainte de 1 an. Starea generală bună. Afirmă că încercând să-și provoace abort și-a introdus în uter înainte de aproximativ 1 oră un obiect în formă de ac, pe care nu a mai fost în stare să-l scoată. Examen intern: Ușoară emoragie din vagin, porțiunea prezintă pe buza superioară în dreapta o plagă tăiată de aprox. 1 cm. lungime. Canalul cervical primește pulpa degetului. Uterul corespunde unei gravidități de luna II-a, mobil, în anteverse-flexie, fundurile de sac libere. Se pune diagnosticul de abort incipient, corp străin intrauterin. — După deinfectarea organelor genitale pătrundem cu isterometrul în cavitatea uterină și constatăm prezența unui corp metalic în interior. Prindem corpul străin cu o pensă Kocher introdusă prin canalul cervical și-l extragem. Se raclează apoi cavitatea uterină, după dilatare cu Hegare până la Nr. 14 și se extrage oul alterat. — Corpul străin extras este mânerul unei lingurițe de cafea, din argint, ascuțită la capătul ei mai subțire, lungă de 7 1/2 cm., având în porțiunea ei cea mai lată o lărgime de 1 cm. — Mersul post-operator normal. Pacienta părăsește serviciul în ziua a 3-a vindecată. — (Fig. I. obiectul de jos).

Cazul III. M. N., 32 ani, căsătorită, casnică, menarcha la 16 ani. Menstruația se repetă regulat, durata 3 zile. P=2. A=1, înainte de 2 ani. Se prezintă la consultațiile noastre pentru faptul că, introducându-și în cavitatea uterină o sârmă spre a-și provoca abort, nu a mai putut-o scoate. Starea generală bună, afebrilă. Examen genital: uterul puțin mărit de volum, în anteverse-flexie, din orificiul extern prolabează o sârmă, care nu e decât un ac de păr, întins și îndoit la un capăt. Lungimea obiectului 11 cm., lărgimea, în partea sa îndoită, 1 1/2 cm. — Pacienta își introdusese această sârmă cu două ore înainte de prezentarea la consulta-



INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS
 GLUCONAT DE CALCIU... 5%
 LEVULINAT DE CALCIU... 5%
 CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50%
 FIOLE a 5 și 10 cc.
 Laboratoarele „GAMMA”

OVOCALCIUM

GYNOFOLIN + GLUCONAT DE CALCIU

Turburări de insuficiență ovariană, anovarii congenitale, sau câștigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cmc. pentru inj. intramusculare. Una fiolă la 2 zile.
 Flacoane cu 35 comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern, 3—4 pe zi.



Antiartritic

Antireumatic



Fiole

Pleături

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

BRONCHISAN

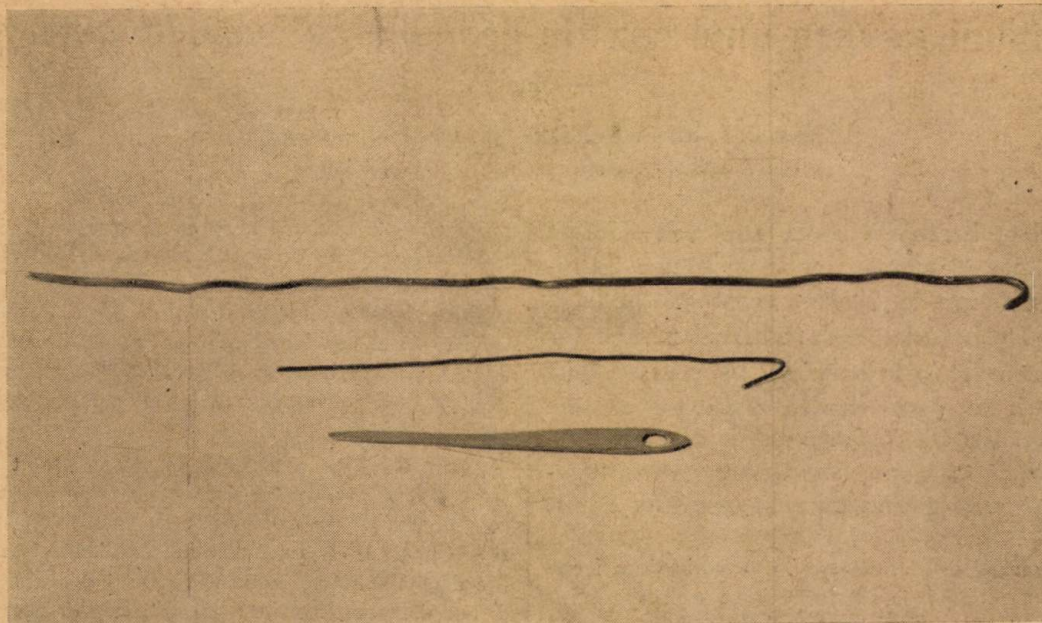
Asthma-Tabletten



Mijloc sigur pentru
tratamentul peroral
și prevenirea ac-
ceselor de asthm.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.



fiile noastre, crezând că e gravidă, deoarece menstruația întârziase cu două zile. La examenul nostru am constatat că pacienta nu este însărcinată. După extragerea sârmei pacienta refuză internarea în spital și pleacă acasă pe răspunderea proprie. — (Figura I. sârma din mijloc).

Cazul IV. — S. E., 36 ani, căs. casnică. Menarcha la 15 ani, menstruația se repetă la 26—28 zile, durata 7 zile. P.=1, înainte de 5 luni, A=1, înainte de 2 ani. Intră în serviciu pentru dureri în fosa iliacă dreaptă, ce le prezintă de 3 săptămâni. Boala actuală a debutat înainte de 2 luni, cu metroragii intermitente, iar de 3 săptămâni acuză dureri de intensitate mijlocie în fosa iliacă dreaptă, ușoare amețeli și nausee. — Pacienta e ușor anemiată, starea generală bună. Examen genital: Scurgere sanghinolentă din orificiul extern al uterului, porțiunea de multipară, uterul în anteverse, ușor mărit ca volum, fundurile de sac, îndeosebi cel drept, împătate și sensibile. — În peretele vaginului, posterior în dreapta, se află înfiptă o mică pană de aprox. 2 cm. lungime, care se extrage cu ușurință cu ajutorul unei pene. Se constată că e vorba de o pană de gâscă de aprox. 3 cm. lungime, din care 1 cm. era înfipt în profunzimea țesuturilor, iar restul liber în cavitatea vaginală. Se pune diagnosticul de sarcină extrauterină, tubară dreaptă, confirmată prin puncția în Douglas (care aduce puțin sânge de culoare roșie întunecată), — și tentativă de abort. Întrebată asupra provenienței penei de gâscă în peretele vaginului, femeia neagă orice tentativă de întreruperea sarcinii. — La intervenție se constată că e vorba de o sarcină tubară dreaptă, anexele fiind imbrăcate într'un hematom. Se face enxectomie dreaptă și se închide peretele abdominal în 4 planuri. Pacienta părăsește serviciul în ziua XIII-a, vindecată. Această femeie crezând probabil că

are o sarcină normală intrauterină, a încercat să-și provoace abort cu ajutorul unei pene de gâscă, instrument frecvent întrebunțat în astfel de scopuri, iar în decursul manoperilor, greșită direcția a pătruns cu vârful penei în peretele vaginal, unde acest vârf a rămas înfipt, rupându-se de restul penei.

Tratamentul în toate cazurile de felul acesta constă, bineînțeles, în extragerea corpului străin pe căile naturale, cum am făcut-o în toate cazurile amintite; dacă însă nu e posibilă această extracție, deoarece corpul străin a pătruns în interiorul peretelui uterin sau în parametre, (cazuri citate), nu rămâne decât să-l îndepărtăm prin intervenție chirurgicală (laparotomie).

E de remarcat faptul că din aceste 4 cazuri expuse, una din femei nici nu era gravidă, iar a doua avea o graviditate extrauterină, fapte ce dau un colorit și mai trist manoperilor încercate de ele spre a-și provoca abort, punându-și viața în primejdie fără rost.

RÉSUMÉ

Corps étrangers enclavés dans le vagin et dans l'utérus au cours des tentatives d'avortement criminel.

Les auteurs communiquent 4 cas des corps étrangers introduits dans l'intérieur des organes génitaux — afin de provoquer un avortement criminel — corps qui sont restés enclavés dans le vagin et l'utérus; les auteurs ont extrait ces corps et les femmes ont quitté guéries l'hôpital.

ZUSAMMENFASSUNG

In der Scheide und in der Gebärmutter eingeklemmte Fremdkörper während Krimineller Abtreibungsversuche.

Die Verfasser schildern 4 Fälle von kriminellen Abtreibungsversuchen, mittels verschieden geformter Fremdkörper, die in der Scheide und in der Gebärmutter eingeklemmt blieben, worauf die Verfasser die Fremdkörper entfernten und die Frauen geheilt des Spitals verliessen.

Considerațiuni asupra unui caz de granulie cu evoluție puțin obișnuită

de

Dr. Todea Corneliu și **Dr. Pelea Ioan**
medic primar medic secundar

Cazurile de tuberculoză acută sunt astăzi foarte bine definite. Chiar în marele public, noțiunea de tuberculoză galopantă are întotdeauna un prognostic fatal.

Granulia este o varietate de tuberculoză acută și se caracterizează printr-o însemințare pe cale sanghină a baccilului Koch în paremchimul diferitelor organe.

Evoluția cazului interesant și foarte instructiv din punct de vedere practic, pe care îl vom relata, sfârșește plinț-o glanulie generalizată și care este fatală.

Descrierea cazului este următoarea: este vorba de o femeie tânără de 32 ani, care a fost internată în secția medicală a Spitalului de Stat din Turda, în decursul lunii Mai a. c.

În antecedentele heredo-colaterale, afirmă că tatăl a suferit în urma unei afecțiuni pulmonare cronice. Soțul a suferit de o tuberculoză pulmonară evolutivă, pentru care a fost internat și tratat într-un serviciu de boli pulmonare, iar în prezent prezintă o tuberculoză fibroasă discretă.

În antecedentele personale, neagă orice boală infecto-contagioasă sau venerică. Are 4 nașteri. Ultima a avut-o înainte cu 5 luni. Deja în decursul acestei gravidități, bolnava observă că slăbește în forțe și greutate, tușește din când în când și transpiră. Se simte mereu obosită și pofta de mâncare i-a scăzut simțitor. Nașterea a fost dificilă. A avut o metroragie destul de abundentă. După naștere la câteva zile, se prezintă temperatură, care oscilează între 38—39°. În acest timp acuză durere în hipogastriu și sfera genitală. Starea febrilă se explică printr-o infecție după naștere (puerperală). A fost tratată în consecință cu preparate sulfamidice, injecții de septicemine ș. a. A fost consultată numai de ginecolog. Această stare toxi-infecțioasă, însoțită de o astenie remarcabilă, a durat vreo 6 săptămâni. Între timp se instalează o diaree, care ia o alură cronică și rebelă. Scaunele sunt premerse de colici abdominale destul de violente; totodată ele sunt lichide sau semilichide, conținând multe mucozități. După aceasta se prezintă la baza hemitoracelui drept, cu iradiieri spre loja renală și coapsa dreaptă, o durere foarte acerbă, care oprește pe bolnavă să facă respirațiuni mai profunde, căci ele devin foarte penibile. Are mici crize de tuse, care iar supără pe bolnavă foarte mult. În acest interval, ea prezintă o temperatură cu caracter net intermitent: dimineața marchează până la 37²—37⁵, iar temperatura vespérală 39—40°, însoțită de mici frisoane.

Consultați fiind în acest interval de timp, am procedat la un examen clinic și radiologic mai profund dat. În fața noastră se prezintă o bolnavă înaltă, de constituție normală, însă slăbită, s'ar putea spune chiar emaciată. Forțele fizice sunt așa de scăzute, încât nu se poate susține decât cu ajutorul anturajului. Este foarte palidă.

La inspecția toracelui nu se constată nimic anormal. La percuție, la baza hemitoracelui drept, se observă că excursiile diafragmatice sunt limitate, iar plămânul în totalitate este sonor. Stetacustic nu se percepe decât murmurul vezicular fizilogic. Examenul radiologic pulmonar confirmă hipomotilitatea hemidiafragmului drept. În rest nu se găsește niciun element patologic. Codrul și arterele nu prezintă deformațiuni patologice: pulsul este tachicardic (100—110). La inspecția și palpația abdomenului, nu se

poate pune în evidență nicio neoformațiune. Loja renală dreaptă și întreaga regiune paravertebrală respectivă, sub rebordul costal, este extem de sensibilă, încât chiar la atingerea pielii din această regiune, bolnava semnalează dureri. Durerea iradiază sub hipochondrul drept, cu deosebire în punctul cistic. Aparatul uro-genital este normal. În urină se constată doar reacția pentru puroi ușor pozitiv. Sistemul nervos central și periferic nu prezintă nimic patologic.

În fața acestui tablou clinic, ne-am gândit la un abces pararenal drept, mai ales că regiunea paravertebrală respectivă era ușor tumefiată. Anturajul alarmat, transportă bolnava în aceeași zi la Clinica Urologică din Sibiu. Aici după trecerea alor 12 ore, i se diagnostichează, radiologic și prin puncție, o pleurezie exudativă dreaptă. Revenită sub tratamentul nostru, i se administrează injecții de gluconat de calciu, calciu „per os” și repaos complet. Cu tot tratamentul aplicat, temperatura intermitentă se menține, bolnava prezintă o stare generală rea, slăbește, iar junghiul dela baza hemitoracelui drept se menține așa de dureros, încât bolnava este silită să ia o poziție vicioasă, flectată înainte și lateral spre dreapta. Este dispneizată și mai ales se dispneizează la cel mai mic efort. Prezintă rareori o tuse seacă, care îi accentuează durerea. La câteva zile i se face un control radiologic pulmonar și se constată că nivelul superior al lichidului s'a ridicat mult, aproape de partea superioară a omoplatului. I se face o puncție pleurală și se evacuează 500 cm. c. lichid serocitrin. În același timp diareea persistă și mai ales o sufără pe bolnavă, pentru că după orice alimentație este silită să aibă scaun.

La vreo 10 zile lichidul pleural sporind, se face o nouă puncție. De astădată se obține un lichid hemoragic și se extrage 800 cm. c. Bolnava remarcă apoi o jenă în respirație și la baza plămânului stâng. La 8 zile după a doua puncție, la un control radiosopic, se remarcă spre mirarea noastră, dispariția totală a exudatului din cavitatea pleurală dreaptă și apariția unui exudat în pleura stângă. La puncția exploratoare se constată un lichid ușor hemoragic. În câteva zile, într-un mod rapid, matitatea se ridică până aproape de claviculă. I se face puncție evacuatoare și de partea aceasta, în două reprize. Forțele bolnavei scad. Temperatura se menține ridicată între 38—38⁵. Transpiră foarte profuz noaptea, n'are nicio poftă de mâncare și tușește extem de mult. Tusea este seacă și foarte chinuitoare, încât suntem nevoiți să administrăm calmante eroice. La un nou control radiologic, surpriza ne-a fost și mai mare, căci lichidul pleural stâng dispăruse și el complet. În schimb în paremchimul nobil al plămânului, în regiunea intercleido-hilară dreaptă se remarcă un țesut pulmonar accentuat, iar la un examen mai atent, se observă ici colo mici noduli de mărimea unui cap de ac cu gămălie. În această perioadă a boalei, administrăm injecții cu tricalcină, vitamină C și tablete torantil. Diareea cedează, pofta de mâncare începe să revină, iar forțele bolnavei sporesc simțitor și câștigă ceva în greutate. Temperatura a cedat complet, iar bolnava a fost sfătuită să-și facă convalescența într-o regiune cu o altitudine de 4—600 m. Din considerațiuni materiale se amână această călătorie pentru vreo săptămână. Între timp suntem chemați pe neașteptate de familie, spunându-ni-se că bolnava a devenit din nou febrilă, are junghiuri accentuate la baza hemitoracelui drept, este foarte dispneizată și tușește mult și chinuitor. Procedând la o radioscopie pulmonară, în regiunea superioară a hemitoracelui drept se con-

stată o discretă diseminare nodulară. La radiografia practică în același timp, se constată același lucru, plus un desen de scizurită dreaptă superioară. Diseminarea nu este prea abundentă și interesează mai ales partea superioară a ambilor plămâni.

Temperatura se ridică seara până la 39°. Bolnava mai remarcă că o supără o durere de cap surdă, pe care o localizează în regiunea occipitală. Cefaleea se accentuează pe oră și zi ce trece. Ea se accentuează la cele mai elementare mișcări, iar obiectiv se constată regiditatea cefii și semnul lui Kerning pozitiv. În același timp anturajul și bolnava observă că vederea nu mai este clară și obiectele le vede ca printr'o sită. Funcțiunea oculomotorică a ochilor este deranjată. Prezintă strabism intern al ochiului stâng și un ușor nistagm. Pleopa ochiului stâng este ușor ptozată. Bolnava prezintă o încordare în vorbă, are halucinații și un ușor delir. Noaptea este foarte agitată și are convulsii tonico-clonice, interesând în special membrele superioare și inferioare. Dispnea este foarte accentuată, însă tusea s'a rărit foarte mult. După o stare de inconștiență de aproape 24 ore, bolnava sucombă în ziua de 31 Iulie 1942.

În fața acestui tablou clinic și radiologic foarte caleidoscopic, diagnosticul de tuberculoză acută se impune. Radiologic plămânul are aspectul unei tuberculoze micronodulare diseminate, ceea ce corespunde cu granulie pulmonară. Celelalte elemente clinice, mai ales neuro-psihice, survenite spre sfârșitul boalei, se datoresc de sigur unei diseminări hematogene meningo-encefalice. Deci ne aflăm în fața unui caz de granulie generalizată.

Reflectând asupra evoluției acestui caz, se pot face următoarele observații: graviditatea rupe echilibrul stabil al acestei femei tinere și dintr'un focar, mai mult ca sigur dela nivelul scizurei drepte superioare, bacilul Koch invadează organismul pe cale sanghină, dând o adevărată septicemie, care colonizează bacilul în toate organele, în care se dezvoltă granațiuni tuberculoase echivalente cu micile abcese din celelalte septicemii. Aceste granațiuni predomină la început asupra unui singur organ, în special pleura și plămânul, care este terenul de predilecție a bacilului Koch. În cazul nostru diseminarea la început a fost pleurală, ceea ce s'a manifestat prin pleurezia bilaterală sero-sanguinolentă. Această formă a fost individualizată de *Empis* sub numele de formă pleurală. Ea se caracterizează prin apariția insidioasă, alteori bruscă a unei colecții pleurale, seroase sau hemoragice, care prinde succesiv ambele pleure. Cazul nostru se încadrează perfect în această descriere, mai ales că aceste forme se termină cu meningo-encefalite, așa cum a fost și sfârșitul bolnavei noastre.

Diagnosticul diferențial în granulie joacă un rol foarte important. Ne gândim la o granulie atunci când există o discordanță mare între semnele funcționale toracice, foarte exprimate și semnele fizice stetacustice abia marcate sau absente. Intotdeauna să căutăm semnele de impregnație bacilară, ca temperatură neregulată, transpirații nocturne, tuse, dispnee și mai ales

slăbire și anemie. Antecedentele heredo-colaterale și personale au o importanță de multeori decisivă (în cazul nostru tatăl bolnavei mort de tuberculoză, soțul suferind de tuberculoză și graviditatea, toate momente predispozante).

Radiologia, numai prin radiografie, ne dă elemente sigure pentru punerea diagnosticului de granulie, prin aspectul granitat, caracteristic în granulie pulmonară. Prin laborator bacilul Koch nu se poate pune în evidență, fiindcă este bine închistat în aceste granațiuni, care nu se ulcerează, iar căutarea lui în sânge, recere medii speciale. În lichidul pleural, la examenul citologic, se constată limfocitoză, iar bacilul nu se poate pune în evidență decât foarte rar.

Ar putea veni în discuție o carcinomatoză miliară a plămânului. Această formă nu se observă decât la acei care suferă de cancer pulmonar sau la cei operați recent de vreo tumoră malignă, însă evoluează fără febră.

Cazul descris s'a încadrat, după cum am amintit, în forma pleurală. Granulie mai prezintă o formă tifoidă, când de multeori numai laboratorul este capabil să confirme diagnosticul (reacția Widal). Din această formă, cazul nostru a prezentat diareea rebelă, care a persistat aproape tot timpul.

Forma *disepetică*, când granulie îmbracă un aspect latent, de multeori nu se demască, după expresia lui *Dreyfus-Brisac*, decât după 3 săptămâni, terminându-se printr'o formă net pulmonară ori meningială. Forma *asfixică*, forma *catarală*, se termină rapid prin asfixie sau meningită.

În stadiul actual, diagnosticul și prognosticul în tuberculozele acute este foarte sumbru. Totuși este bine să ne nizuim să fixăm un diagnostic cât se poate de timpuriu. Astfel din punct de vedere social se pot lua măsurile profilactice necesare pentru protecția anturajului. Individual, diagnosticul precoce are importanță, pentru că prin măsuri igienico-dietetice și chiar medicamentoase, administrate la începutul boalei, putem uneori opri evoluția acestei boli și să restabilim bolnavul.

SPITALUL DE STAT TURDA

RESUMÉ

Considerations sur un cas de granulie à evolution atypique.

On décrit et on fait des considérations cliniques et radiologiques sur un cas de granulie généralisée, survenue chez une jeune femme après un accouchement. Les cas s'encadrent dans la forme pleurale, décrite par Empis.

ZUSAMMENFASSUNG

Über einen Fall von Miliartuberkulose

Es wird mitgeteilt eine klinische und radiologische Beobachtung über einen Fall von Miliartuberkulose bei einer jungen Frau nach einer Schwangerschaft. Es handelt sich um die von Empis beschriebene Form.

Considerațiuni asupra unui caz de Ankylostomiază duodenală

de

I. Macavei și M. Aleman

Posibilitatea infestațiilor cu parazitul *Ankylostoma duodenale* depinde de condițiile favorizante ale mediului geografic ce satisface ciclul vital al acestui Nematod.

Climatul intertropical este cel care asigură în primul rând desvoltarea și evoluția spre maturizare a larvei astfel, că răspândirea infestațiilor ia în aceste regiuni un caracter endemic. Același caracter endemic îl prezintă *Ankylostomiaza* și în zonele temperate, existând însă și focare epidemice sporadice, motivate de condițiuni speciale de mediu, realizate de marele bazine miniere.

În 1879—1880, *Peroncito* stabilește existența ouălor de *ankylostoma duodenale* în materiile fecale ale muncitorilor minieri grav anemiați ce săpau tunelul St. Gothard.

Prin această descoperire este pusă problema unor asemenea infestațiuni în Europa, iar cercetările metodice ale minelor au confirmat-o, marele țări industriale, dovedindu-se a fi bânuite cu furie de acest parazit.

Astfel în Belgia (1936) proporția infestațiilor era de 27%, în Franța de Nord din 120 puțuri miniere 71 erau contaminați, în Italia până în 1910, 83 de provincii s'au dovedit a întreține larvele acestui parazit, iar în Germania (1902) se semnalaseră 17.161 infestațiuni. Măsurile de severă profilaxie au redus în mod impresionant această cifră.

La noi în țară prezența *ankylostomiei* a fost semnalată sporadic, după cunoștința noastră prin publicarea a 3 cazuri.

1. În 1928 Zotta constată în fecalele unui bolnav originar din jud. Dâmbovița, Vulcana, ouăle acestui parazit (Revista Științelor Medicale Nr. 1—2 Febr. 1942).

2. Pavel, E. Creangă, Tribalschi publică prezența *ankylostomei duodenale* confirmată de Zotta la un muncitor tot din comuna Vulcan-Pantele care lucra la minele de lignit din jud. Muscel.

3. Un caz provenit de la minele de fier din Hunedoara publicat de Daniel asupra căruia ne lipsesc datele.

Porțile de pătrundere ale parazitului în organism sunt: 1. Prin gură, odată cu alimentele, cu apă, etc. În acest caz larvele ce nu sunt eliminate perforază peretele intestinal și prin circuitul sanghin portal ajung în ficat, apoi înima dreaptă, plămâni și străbătând capilarele alveolare în alveole, bronșii, trachee, laringe, faringe, esofag, stomac, intestin, unde se fixează cu ajutorul armăturii bucale.

2. Prin bariera cutanată; larvele datorită unor fenomene de chimio și histotropism ajung la nivelul epidermei pe care o străbat urmând apoi același drum prin ficat și plămâni (limfatic sau sanghin), sunt înghițite pentru ca să se fixeze pe mucoasa intestinală.

Circuitul acesta, paradoxal în felul său, pare a asigura o vitalitate deosebită larvei infestante.

Locul predilect pentru fixare este mucoasa duodenului și a jejunului. La acest nivel larvele devenite adulte își exercită acțiunea lor nocivă.

Prima consecință evidentă este dată de acțiunea lor spoliatrice. Se hrănesc atât cu mucoasă, cât și cu sânge (după cum a stabilit comisiunea americană de la Portorico, asupra lui Necator Americanus o specie identică cu *Akylostoma*). În consecință mucoasa intestinală suferă o serie de multiple și mici eroziuni și prezintă totodată numeroase puncte hemoragice prin care sângele se scurge fiind supt și apoi eliminat de paraziți. Eliminarea de sânge prin fecale a bolnavului pare a fi de 0,15—0,50 ccm. în 24 ore, pe larvă (japonezul Nishi — observații la câini) ea devenind continuă prin acțiunea anticoagulantă a glandelor cefalice și cervicale. Cantitatea de sânge ce se pierde este discutabilă (după diferiți autori), cert este însă că e vorba de o hemoragie activă ce contribuie la anemierea organismului infestat.

Ankylostoma duodenale fixându-se pe mucoasă, produce mici eroziuni, cu caracter iritativ, care pot, relativ rar, constitui porți deschise pentru penetrație microbiană (acțiune traumatică și bacteriferă).

Așa cum s'a arătat și cu alți paraziți care nu determină creerea unor asemenea focare active hemoragice și totuși provoacă anemii grave, ținând seamă de faptul, că individul prin organele sale hematopoetice, poate răspunde prompt la asemenea pierderi de sânge, se pare că anemia este mai mult efectul unei acțiuni toxice exercitate de parazit, decât unei acțiuni spoliatrice.

O serie întreagă de supoziții încearcă să explice această acțiune toxică, semnalată de altfel și de puternica reacție eosinofilă pe care o prezintă formula leucocitară.

În ce privesc consecințele clinice *Ankylostomiaza* este o boală cu caracter cronic, anemia instalându-se progresiv, prezentând mai multe faze, după cum arată Zotta, Brumpt, Calmette, Breton, etc.:

1. O perioadă de început, marcată printr'un puternic prurit (momentul penetrației pe calea cutanată) caracterizată mai ales prin fenomene gastro-intestinale, balonări, dureri difuze, vome, grețuri, ano-

Somniferul cu efect sigur

chiar și în doze mici
($\frac{1}{2}$ tabletă), somn recon-
fortant și o deșteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.

Literatură și eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, București



Se reamintește Domnilor Medici produsul:

NUJOL

(Prototipul Uleiurilor de Parafină)

Nu împiedică digestia, secrețiile stomacale nu
au nici un efect asupra sa.

Indicat în tratamentul constipației cronice, a stazei intestinale
și al enterocolitelor mucomembranoase.

La farmacii și droguerii

CALCIRON TRENKA

Guajacol - Calciu - Sirop de Malt

Gust foarte plăcut. Îl iau cu plăcere și copiii mici.

Ambalaje originale de 100 și 300 gr.

Ambalajul de 300 gr. costă cât 2 de 100 gr.

EUCARBON TRENKA

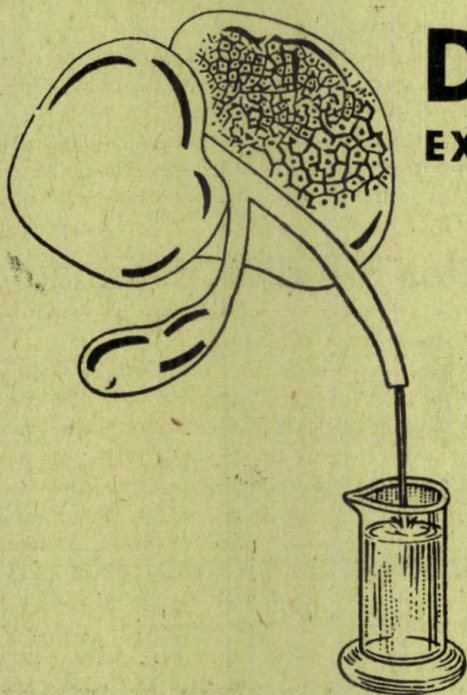
Ambalaj original de 40 și 100 Tablete.

— Unul dintre cele mai probate și eficiente produse germane —

REPREZENTANT:

Mr. G. HIETSCH, Sibiu - Strada Gh. Coșbuc Nr. 15

Laborator chimico-farmaceutic



DECHOLIN

EXPERIMENTAT ANI DE ZILE

COLERETIC

COLAGOG

DIURETIC



J. D. RIEDEL-E. DE HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK

BUCUREȘTI 3, STR. G.-RAL EREMA GRIGORESCU, 6

rexie, alternând cu bulimie, scaun neregulat, uneori febră, etc.

2. O perioadă de stare, în care bolnavul prezintă toate simptomele unei anemii secundare ipocrome.

3. O perioadă finală, caracterizată prin întreg complexul de consecință a acestei anemii grave, dela emacieri pronunțate până la cașexia avansată, având ca sfârșit moartea.

Examenul clinic și de laborator trădează această stare de anemie gravă secundară.

Numărul hematiilor mult scăzut, sub 2.000.000, hemoglobina de asemenea. Formula leucocitară indică o creștere vădită a polinuclearelor eosinofile, mai ales — ceea ce e frecvent — atunci când Ankylostoma se găsește în organism împreună cu alți paraziți Oxiuri, Lamblii. Certitudinea de diagnostic este dată de examenul microscopic — coprologic, frotiurile prezentând numeroase ouă ale acestui parazit.

Infestația este în raport direct cu numărul Ankylostomelor, putând fi: foarte ușoară, ușoară, moderată, puternică, foarte puternică. Tabloul clinic prezentat de bolnav, ca și prognosticul rămân dependente de gravitatea infestației.

O privire sumară asupra tabloului clinic ne va înfățișa imediat valoarea socială scăzută pe care o reprezintă din punct de vedere al capacității de muncă bolnavii infestați.

Din punct de vedere medical, eventualitatea unor focare epidemice la noi ar explica etiologic multe anemii ale minierilor români.

În clinica noastră am avut ocazia să observăm un asemenea caz de anemie gravă secundară, provocată de prezența acestui parazit.

În luna Iunie 1942 se prezintă la clinica medicală I. Cluj-Sibiu bolnavul S. M. de 32 ani, muncitor minier dela Anina.

În antecedentele personale înafară de pojar nimic important.

Boala actuală are un debut insidios, durând de 4 ani, de când în urma unui accident de muncă rămâne slăbit, resimțind periodic dureri reumatismale. În ultimii doi ani, bolnavul slăbește progresiv, pierzând atât din forța fizică, cât și din greutate. Concomitent acuză un prurit anal și perianal, dar nu poate preciza timpul în care s'a produs prima senzație de acest fel, arsuri puternice intestinale postalimentare, greață, poftă de mâncare variabilă, scaun regulat.

De acum un an are ușoare vertige, vâjâituri în urechi, tegumentele iau o colorație palidă, ca ceara, nu poate să continue munca în mine, fiind mutat la un serviciu mai ușor. Este moleșit, mereu obosit, iritabil.

La examenul obiectiv se observă o paliditate avansată a tegumentelor și mucoaselor vizibile, țesutul muscular adipos redus, nu prezintă nimic pulmonar, iar la cord se percepe la focarul mitral și tricuspoid un suflu sistolic (sufluri anemice).

Abdomenul este de constituție și consistență normală, punctul solar ușor sensibil. Ficatul și splina nu sunt mărite, dar sunt sensibile la palpație profundă.

Greutatea bolnavului 57,700 kgr.

Examinările de laborator ne-au dat următoarele rezultate:

1. *Examenul hematologic*: hematii 2.700.000, leucocite 2.800, hemoglobine 35% (Hellige).

Viteza de sedimentare: După o oră 7, după 2 ore 17.

Formula leucocitară: Polinucleare neutrofile 54%, Polinucleare eosinofile 20%, Polinucleare basofile 2%, Monociți 4%, Limfociți 18%, Normoblaști 2%.

Puncție sternală: Eritroblaști basofili 15%, Eritroblaști eosinofili 15%, Polinucleare 34%, Promielociți 17%, Mielociți 2%, Metamielociți 13%, Limfociți 4%.

Rezistența globulară minimă 58, Rezistența globulară maximă 32, Valoarea globulară 0,64.

2. *Examenul serologic*: R. B. W. negativă.

3. *Examenul secrețiunii gastrice*, după dejun de probă: Acid chlorhidric liber = 0. Aciditate totală = 2.

4. *Sondaj duodenal*: Bila A, galbenă opalescentă. Sediment (examen microscopic): nimic deosebit. Proba Melzer-Lyon pozitivă. Bila B, brună, clară. Sediment (examen microscopic): lamblii numeroase, rari leucocite.

5. *Examenul gastric și al tubului digestiv* (Barium pasaj):

Stomac: formă și funcție bună. Bulb duodenal regulat, transit bun.

După o oră, evacuarea se face în condițiuni bune, transitul intestinului subțire de asemenea bun. Unele anse ileale sunt mai ipotone, mucoasa mai accentuată.

După 6 ore: stomacul evacuat, barium în colon până la flexura stg.

După 24 ore barium umple tot colonul care este flexuos.

6. *Examenul urinei*: C. galben clară, D = 1024, A, P, Z, negativ.

7. *Examenul coprologic*: În materiile fecale la examenul microscopic se pune în evidență ouăle parazitului Ankylostoma duodenală.

Reacția Gregersen la internare: pozitivă.

La eșire, negativă.

Starea de anemie secundară ipocromă este așa dar explicată prin numărul deficient al hematiilor, hemoglobina mult scăzută, valoarea globulară inferioară lui I.

Rezistența globulară deficientă, datorită acțiunii anticoagulante și eventual hemolitice a toxinelor parazitului. Controlul radiologic ne-a demonstrat acțiunea iritativă, exercitată de parazitul infestat asupra mucoasei intestinale, iar prezența sângelui în scaun dovedește existența unor focare hemoragice active.

Interesant este și aici faptul că prezența Ankylostomei este asociată cu aceea a lambliilor. În cazul citat de Pavel, Creangă, Tribalschy, se găseau oxiuri ca asociați.

Am inaugurat următorul tratament: Oleu de Chenopodium 3 x 10 pic, administrate a jeun, la intervale de 2 ore. La 10 zile în materiile fecale se mai găsesc ouă de Ankylostoma duodenală. Am administrat atunci extract de felix mas, 8 gr. urmat de purgație salină; în fecale nu s'au mai găsit ouă de parazit.

Concomitent am inaugurat și un tratament tonifiant compus din fier redus cu lactoză aa 0,5, acidol pepsină, și anemocit, în injecții intramusculare.

Bolnavul părăsește clinica ameliorat, în materiile fecale ne mai găsindu-se ouă de Ankylostoma duodenale, urmând ca după 6 săptămâni să revină la control. Din informațiile primite dela medicul din localitate bolnavul s'a îngrășat în 2 săptămâni câteva kgr., culoarea tegumentelor revenind la normal.

După diferiți autori se recomandă cu scop terapeutic Thymol, tetrachlorură de carbon, și alte vermifuge, ca Thxmotal, esență de Niaouli, B Naftol, etc. (Brumpt), cu precauțiuni în etilism, graviditate, etc.

Am evitat aici noțiuni complete de tratament și posologie, scopul nostru nefiind un studiu al acestei infestațiuni, ci prezentarea unui caz de ankylostomiază, fapt, care readuce pe primul plan problema unor focare de asemenea infestațiuni la noi în țară.

După afirmațiile bolnavului în regiunea minieră respectivă se mai găsesc bolnavi similari.

Ținând seamă de consecințele grave pe care le determină. Ankylostomiaza este o boală care trebuie să rețină atenția, iar prezența unui nou caz de Ankylostomiază duodenală în România merită să fie cunoscută.

CLINICA MEDICALĂ I. DIN CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. Iuliu Hațieganu.

RESUMÉ

Considérations sur un cas d'ankylostomiase duodénale.

Les auteurs publient un nouveau cas d'Ankylostomiase duodénale en Roumanie.

Maladie courante dans les pays tropicaux au climat humide dans notre pays on n'a décrit que deux cas provenant des mines de charbon du département de Câmpulung-Muntenia.

Le cas décrit ici provient des mines de charbon d'Anina-Hunedoara.

On a évidencié dans les selles du malade des parasites et des oeufs en très grande quantité.

On a administré un traitement d'huile de chenopode. Mais les parasites n'ayant pas disparu complètement au bout d'une semaine on a administré de l'extrait éthéré de fougère mâle, qui a donné les meilleurs résultats.

La découverte de ce nouveau cas est très intéressante car elle met en discussion l'existence possible de centres d'infection dans les régions minières de Roumanie.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über einen Fall von Ankylostomum duodenale

Die Verfasser veröffentlichen einen Fall von Ankylostomum duodenale in Rumänien.

Häufig in den tropischen Ländern mit feuchtem Klima, wurden bei uns im Lande zwei Fälle beschrieben, die in den Kohlenbergwerken aus dem Komitate Câmpulung-Muntenia vorkamen.

Der hier beschriebene Fall hat seinen Ursprung in den Kohlenbergwerken von Anina, Komitat Hunedoara.

Die Parasiten und deren Eier wurden im Stuhl des Kranken in grosser Anzahl festgestellt.

Zur Behandlung wurde Chenopodium-Öl gegeben und dann, da die Parasiten nach einer Woche nicht vollständig verschwunden waren, mit den besten Ergebnissen. Ext. fil. mar verabreicht.

Die Entdeckung dieses neuen Falles ist insoweit interessant, da sie die Möglichkeit der existenz eines Infektionsherdes in den Bergwerksgegenden Rumänien anzeigt.

Probleme terapeutice

Terapia cheratitei parenchimotoase

de

Medic Major Dr. Diaciov M.

Sunt destul de dese cazurile când medicul terapeut mai trăește încă prin trecutul îndepărtat, neținând seama de progresele științei și mai ales de patogenia cazului. Această observație o facem mai ales în ceea ce privește terapeutila cheratitei parenchimotoase. Patogenia acestei groaznice suferințe este văzută de unii sub spectrul erei antispirochetiene, sub forma teoriei toxice, teorie care demult a pierdut dreptul la viață.

Avem impresiunea că toate descoperirile noi au trecut pe lângă acești indiferenți întârziați, cu toate că Igersheimer și alții afirmă că au găsit la unii bolnavi cu ch. par. spirochete în corneea. Dutemps renunță la administrarea arsenicului în afecțiunile sifilitice ale ochiului, crezând că dă complicațiuni grave, iar valoarea lui nu e superioară, ci chiar uneori inferioară față de Bi și Hg., preferând deci pe cele din urmă două.

Kurt Schott comparând rezultatele obținute pe 133 de cazuri de ch. par. tratate cu neosalvarsan și

pe 100 de cazuri fără neos., ajunge la concluzia, că mersul boalei în ambele categorii e la fel. Lipsa efectului, după părerea autorului s'ar explica prin faptul că patogenia ch. par. și rolul spirochetei nu sunt încă elucidate.

Vessely și Gruner subliniază că după introducerea neosalvarsanului în terapeutila părinților, numărul cazurilor de cheratită parenchimotoasă a scăzut.

Nicholson recomandă în tratamentul cheratitei parenchimotoase a administra neo (Bis.), iar după aceea malarioterapie. Rezultatele obținute sunt bune. Fenomenele acute dispar repede și fără complicațiuni.

Fleischer crede că tratamentul specific în cheratita parenchimotoasă nu influențează asupra rezultatului final, precum nici asupra stărei generale a bolnavului, fiindcă R. W. în sânge rămâne tot pozitivă.

Urbanek observă rezultatele bune după malarioterapie.

Klapp spune că malarioterapia este periculoasă pentru organism și nu o recomandă.

Cattaneo preferă în cheratita parenchimatosa Bi față de alte medicamente antisifilitice.

Kukan a întrebuințat bismosalvan și neobismosalvan la 26 bolnavi, în etate de 3—43 ani, făcând câte 12 injecții cu rezultate plauzibile. Preparatul e suportat bine. În decurs de 26 luni nu a avut recidive. Autorul crede că Bi trebuie preferat în K. p. față de toate celelalte substanțe antispecifice cunoscute până în prezent.

Kazac spune că Bi acționează lent, fiind greu de suportat adesea de bolnavi, de aceea se abține de a administra Bi singur.

De aceeași părere sunt și *Paul Vigne* și *Clement Simon*.

Metzger și *Schnaudigel* au văzut rezultate bune după injecțiile cu iodnatrium.

Hopkins crede că obține rezultate bune în tratamentul combinat de Hg. (Bi) As.

Garvill și *Derbi* fac o statistică asupra alor 100 de cazuri netratate sau insuficient tratate, din care 5% au orbit. Făcând un tratament combinat la 200 de cazuri, nu a avut niciun caz de orbire.

Chambers subliniază că făcând un tratament intens combinat cel de al doilea ochi adesea nu este alterat.

Wewe, bazându-se pe un material foarte numeros, se convinge că făcând un tratament intens aproape întotdeauna a avut rezultate bune. Autorul crede că rezultatul minim depinde de felul preparatului, de precocitatea începerii tratamentului specific și de intensitatea lui. Terapia se face cu Neo în combinație cu Bi sau I și mai rar cu Hg. Cu cât e mai precoce tratamentul, cu atât avem rezultate mai bune.

Igersheimer, în lucrarea sa, se ocupă de detaliile tratamentului cheratitei parenchimatose. Recomandă injecții cu Neo sau Natriosalvarsan bihebdomadare. Doza II—IV depinde de etate și caz. În total face 10 injecții. *Walters* a dovedit experimental că arsenobenzolul după injecție se găsește în corneea câteva ore. Faptul că în cheratită sifilitică metastatică s'au găsit spirochete în substraturile posterioare ale corneei, l-a făcut pe *Igersheimer* să recurgă la acțiunea locală prin injectarea de neosalvarsan chiar în ochi. Din cele 7 cazuri tratate astfel, autorul afirmă că nu poate trage nicio concluzie.

Igersheimer spune că cu toate părerile contradictorii ale diferiților autori, tratamentul specific trebuie aplicat atât din motive teoretice cât și din cele experimentale. Afară de aceasta, să nu uităm că noi tratăm nu numai cheratita, dar și infecția generală cauzatoare a boalei însăși.

Kuchs subliniază că salvarsanul n'are nicio acțiune asupra cheratitei parenchimatose și în cazurile mai ușoare e de preferat un tratament de reconfortare prin

alimentație combinat cu preparate iodice, untură de pește etc. (bogate în vitamina C). Adesea decursul cheratitei sifilitice cu o terapie precisă și minuțioasă are același decurs ca și cum nu ar fi tratată deloc.

Deci, din literatura destul de bogată, citată în parte de noi, se vede că în chestiunea tratamentului cheratitei parenchimatose există păreri diferite, unele chiar contradictorii. Decursul greu al evoluției cheratitei parenchimatose ne face să admitem un tratament intensiv și combinat.

Principiul fundamental al terapiei noastre reiese din legea biologică alui *Arndt Schultz*: Excitanții slabi și mijlocii accentuează vivacitatea celulei și ajută la dezvoltarea ei, pe când excitanții tari frânează dezvoltarea, iar cei foarte tari o distrug chiar.

Nu este cunoscut faptul că o doză mică de salvarsan introdusă în organism fortifică și excită spirochetul, provocând înmulțirea lui și o serie întreagă de acțiuni agresive ale sale asupra organismului. Mărind doza, se ivește o nouă însușire și salvarsanul distruge spirochetul. Primele doze de salvarsan și de Bi sunt biotropice, determinând bolnavului un mare rău, de aceea noi nu începem niciodată terapeuțica cu neo și Bi. Ca normă începem tratamentul cher. par. cu injecții zilnice de Hg., care nu lucrează atât de energic și nu atacă brusc spirocheta ca Bi și As, ci progresiv o slăbește; grație acestui fapt spirocheta pierde calitatea biotropică de a reacționa. Și numai după o pregătire de două săptămâni cu Hg. noi trecem la neosalvarsan, continuând cu administrarea de Hg.

Injecția cu neosalvarsan o facem la fiecare trei zile, începând cu 0,3 sau 0,45 gr, după indivizi și caz. Prima doză, ca regulă se repetă, pentru a ne da seama de felul cum reacționează și se comportă bolnavul, avem grijă însă să-i controlăm aorta și starea funcțiunii renale cu multă atențiune. Doza generală totală 0,1—0,15 pe kg greutate. Copiii suportă injecțiile mai bine ca adulții, putând ajunge la o saturație mai mare: 0,20 pe kg. greutate. Dar mărirea dosajului trebuie făcută cu multă prudență, repetând aceeași doză de câteva ori. Bolnavii în vârstă și mai ales cei cari apar mai îmbătrâniți decât realitatea, mai greu suportă neosalvarsanul, neintrecând în total cantitatea de 0,1 gr pe kg greutate.

Bine înțeles că este absolut necesar să ținem cont de individualizarea fiecărui caz, fiindcă preparatele arsenicale (606, 914) sunt vagotrope și acidofile. Pentru a evita o acțiune nocivă, noi introducem neosalvarsanul amestecat cu sol de 10% clorat de Ca. Prin aceasta excităm sistemul simpatic, neutralizăm vagul, substanțele clorurate saturând acidofilia.

După terminarea injecțiilor cu neosalvarsan, noi trecem la Bi, pentru că acțiunea lui este maximă după neosalvarsan și Hg.

Intrebuințăm preparate bismutice (iodobismutat de chinină, Bismjochin Pentabi etc.), în o serie de 5 inj., à 5 cmc. maximum fiecare injecție. În seria I injectăm zilnic, în seria a II-a la fiecare 2 zile, în a treia iarăși zilnic, și așa mai departe. Doza totală pentru un matur 1—1,5 gr de Bi metalic.

Din anul 1933 și până în Mai 1940 noi am tratat 61 cazuri. Analizând aceste cazuri, vedem ce diferențe de rezultate obținem în diferitele metode terapeutice, vedem că cele mai frumoase rezultate le obținem în tratamentul intensiv cu Hg, I, As și Bi. Făcând comparația cu rezultatele publicate de alți autori, ajungem la concluzia că rezultatele noastre sunt mai bune, mai ales în ceea ce privește acuitatea vizuală.

Trebue ținut seamă că *Igersheimer* și *Tumarchin* au examinat bolnavii lor la câțiva ani după terminarea tratamentului, pe când noi am dat rezultatele imediat după terminarea tratamentului. Unele din cazurile noastre ne-au dat rezultate chiar surprinzătoare, găsim acuitatea vizuală 0,2, iar mai târziu 0,9—1. Din cercetările noastre mințioase conchidem că e necesar un tratament intensiv și combinat. Se pune însă întrebarea, dacă tratamentul specific poate înlătura recidivele. Majoritatea cazurilor răspund că terapia intensivă micșorează numărul recidivelor.

Garvill și *Derby* au avut 3,6% de recidive la 100 de cazuri de cheratită parenchimatoasă și 27% la 100 de cazuri netratate.

Avem dreptul de a trage concluzia, că recidivele sunt frecvente numai în cazurile unde terapia specifică a lipsit sau era insuficientă. Această concluzie însă rămâne în vigoare numai atunci când bolnavul nu se mulțumește numai cu tratamentul parțial, ci continuă și după ce boala corneei a evoluat spre vindecare.

Dând o importanță covârșitoare intensității și calității terapeutice, trebue să subliniem și influența asupra evoluției procesului, timpul începerii tratamentului. Cu cât a început tratamentul mai timpuriu, cu atât avem șanse mai mari de vindecare. Starea generală a bolnavului, alimentația, condițiunile igienico-sanitare joacă de asemenea un rol important în evoluția boalei.

Unii autori cred că la cheratita parenchimatoasă și vârsta ar avea influență asupra duratei și rezultatului tratamentului.

Așa de ex. *Schweigger* zice că cheratita difuză la bolnavii trecuți de 20 ani, trece mai repede și mai ușor.

Greeff ajunge la concluzia că cheratitele prea timpurii și prea târzii decurg mai ușor și cuprind un singur ochiu.

Igersheimer notează că la suferinzii juvenili prognosticul și decursul e mai bun ca la puberi și maturi. Durata cheratitei parenchimatoase în primii zece ani rar trece de 3 luni, în a doua decadă boala adesea trece de 3 luni.

În timpul tratamentului antisifilitic am avut și complicații.

Mercurul, care s'a întrebuințat sub forma de injecții Hydrarg, bibromati, Hidrarg, biodoti, ne-a dat uneori ascensiuni termice: 37°. Acest lucru s'a observat la 13 bolnavi. Socotind-o ca o reacție biotropică, nu am întrerupt tratamentul.

Stomatită am avut la 6 bolnavi. Cu gargare de soluție clorat de K și pensulări cu sol de albastru de metileu, stomatita dispăre. Turburări gastro-intestinale destul de grave am avut în cazuri cu durată până la 3 zile. În două cazuri am fost nevoiți să întrerupem tratamentul.

Preparatele de As de asemenea ne-au dat ascensiuni termice, pe care noi le-am considerat ca reacție biotropică după iritația și anestezia spirochetelor, și nu numai că nu am întrerupt tratamentul, ci dimpotrivă, l-am intensificat, măbind dozajul. La unii din bolnavii noștri, și anume la cei care făceau injecții la intervale mai mari, 5 zile în loc de 2, am observat greață. Cu jumătate de ceas înainte de injecție administram 15 picături subconjunctival de clorhidratol adrenalin 1%/₁₀₀. Dacă greața persista, micșoram doza; măream doza numai atunci când după 2—3 injecții nu mai avea greață. În caz de grețuri rebele și persistente nu mai administram neosalvarsan din motive bine cunoscute.

Un singur caz cu enterită; complicațiuni biotropice după Bi am observat, și anume unde nu s'a făcut pregătirea cu mercur. Îndată ce s'a trecut la tratamentul combinat complicațiunile au dispărut.

Pe lângă un tratament antispecific energic trebue să executăm și o terapie nespecifică. Ultima este extrem de variată.

Așa *Hensen*, în perioada de infiltrație aplică tratamentul cu Quartz și după 2—3 ședințe obținem o rapidă vascularizație.

Igersheimer întrebuințează niște filtre care păzesc pleoapele și acționează direct numai asupra corneei. Bussy și Cugiet recomandă radioterapia. Rezultate bune sunt notate de Nicolle, Boltet, Coerat, Clinica Oftalmologică din Cluj și de noi. Bine înțeles că radioterapia nu exclude tratamentul medicamentos. Doza generală 1½ Hed în 5 ședințe.

Reacția în cazurile rapide începe la 24 ore, iar cea întârziată după 10—14 zile, cu aceleași simptome: vascularizația intensă, infiltrație și aclimatizarea epitelului parenchimului. Unii autori recomandă în timpul tratamentului mercurial, cură cu ape sulfuroase. Acestea ape ar dizolva combinațiunile mercuriale, permițând un tratament mercurial intens. În tot cazul vascularizația intensă a corneei aduce un aport nutritiv considerabil, intensificând schimbul nutritiv general al ochiului și prin aceasta accelerând rezorbția infiltratelor locale.

Legrand recomandă băi sulfuroase naturale.

D.O.C.A.

ACETAT DE DESOXYCORTICOSTERON, ÎNSOL. UL.



INDICAȚIUNI:

Maladia lui Addison, stări de slăbiciune generală cu hipotensiune și anorexie; arsuri și degerături întinse; maladii infecțioase grave (difterie toxică, febră tifoidă, etc.) Intoxicații alimentare la sugaci și copii.

Administrare intramusculară.



OSS (Olanda)

Reprezentanța pentru România:

ODOL-PHARMA

SECȚIA FARMACEUTICĂ

ODOL S.A.R.

STRADA APOSTOL MARGARIT, 22 - TELEFON 5-6776
BUCUREȘTI IV

LA GRIPĂ ȘI
TOATE CELELALTE
MALADII FEBRILE
DIN CAUZA RĂCELII

QUADRONAL

ANALGEZIC
ȘI
ANTIPIRETIC
verificat



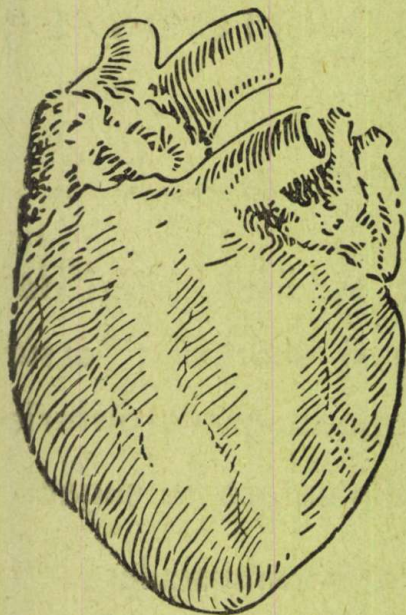
TUB ă 10 TABLETE
TUB ă 20 TABLETE
ETUIS ă 6 TABLETE



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S.A.R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI



Verodigen

Preparat de Digitală

Acțiune rapidă și toleranță excelentă

Comprimate

de 3 ori pe zi $\frac{1}{2}$ comprimată.

Dupa 3 zile

Granule

de 2 ori pe zi $\frac{1}{2}$ comprimată.

Supozitoare

Medicație foarte economică!

La edeme

Verodigen compositum

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

Darier recomandă injecții locale cu sol. Hydr. cyan 1.5000—20 injecții. Noi am asociat acest tratament cu injecții cu lapte (asolan etc.).

Clauzen în cazurile izolate de cheratită parenchimotoasă gravă recomandă trepanația părților opace ale corneei și a observat rezultate bune.

Și *Hippel* a încercat trepanația, dar fără rezultate satisfăcătoare.

Filatov și *Ascher* în cazuri de opacifieri ale corneei sfătuiesc cheratoplastie.

Igersheimer spune că e necesar să așteptăm câțiva ani înainte de a executa cheratoplastia, fiindcă adesea cele mai intense opacifieri se rezorb.

Noi, în toate cazurile noastre, am întrebuințat terapia suplimentară, care avea ca țel a schimba starea constituțională a bolnavului, sub forma de terapie cu quartz, injecții cu aktoprotin, arhenal, lapte, etc.

Acolo unde avem de a face cu indivizi scrofuloși, adăugăm tuberculino-terapia.

Cu toate că noi suntem adeptul mioticilor în afecțiunile corneene, în cheratita parenchimotoasă, de teama complicațiilor iriene și ciliare, am întrebuințat antropină sub toate formele.

Pe o scară intensă am întrebuințat căldura dată de un termofor electric etc. În stadiul final, când feno-

menele inflamatoare sunt ameliorate, întrebuințăm diazină de 2% și unguent de precipitat galben de Hg (1%). De asemenea am întrebuințat sulfur precipitat.

Concluzii

1. Tratamentul specific are efect pozitiv asupra decursului procesului morbid al cher. parenchimotoase.
2. Rezultate bune obținem în aplicarea terapiei cu toate patru medicamentele antispecifice (J, Bi, Hg, As).
3. Cu cât tratamentul e mai precoce, cu atât rezultatul e mai favorabil.
4. Recidivele se observă în cazurile unde tratamentul se face fără sistem și incomplet.
5. Terapia combinată, după noi, aproape că niciodată nu dă recidive.
6. Din complicațiunile terapiei specifice notăm: stomatită, febră, diaree, nausea. În cele mai multe cazuri ele dispar spontan.
7. În cheratita parenchimotoasă ca regulă generală întrebuințăm atropin, controlând totdeauna tensiunea oculară.
8. Căldura este un remediu foarte bun atât pentru procesul de rezorbție, cât și pentru starea subiectivă a bolnavului.

METUVIT

pomada actino-activă în terapia șancrului moale (veneric) și a ulcerelor cu etiologie diferită

Dr. George Păcurariu

medic primar la Spitalul Public, Sibiu

La începutul secolului prezent s'a încercat să se introducă radioactivitatea în terapia plăgilor și în urma experiențelor făcute de Ried cu grăsimi radioactive, s'a putut dovedi practic efectul prompt al compozițiilor radioactive, asupra plăgilor superficiale și profunde cu etiologie diferită.

„Metuvitul” este o pomadă expusă acțiunii razelor ultraviolete, după ce mai înainte a fost sensibilizată cu raze infraroșii și provăzută cu anumiți catalizatori. Această compoziție emite neîntrerupt mici cantități de radioacțiuni, cari pot fi puse în evidență cu ajutorul metodelor fizico-chimice și prin experiențe biologice (Ried a influențat creșterea germenilor de fasole).

În Clinica Prof. Werner se folosește această pomadă în eroziunile cervicului, unde în cele mai multe cazuri a obținut vindecare completă după 4—6 aplicațiuni de tampoane cu metuvit.

Numai în cazurile rebele au fost necesare 10—12 aplicări de tampoane cu metuvit pe cervix.

A. Schmier (The American Journal of Surgery) afirmă a fi tratat numeroase cazuri de ulcere varicoase, unde cu alifia metuvit a obținut rezultate absolut superioare, față de alte tratamente.

K. Eberle folosește această alifie în dermatozele infantile, unde afirmă a fi obținut rezultate prompte.

E. Pichler și Spitzmüller comunică în Wiener Medizinische Wochenschrift numeroase cazuri de plăgi postoperatorii vindecate în timp foarte scurt cu alifia Metuvit. Ei declară, că nu cunosc o compoziție chimică, care să întrecă efectul terapeutic al acestei pomezi.

Aceleași bune rezultate au obținut în serviciile lor K. Grünwald, I. Oravetz, Marti, Urbach, Ried, Morandell, Wolfram și Isselhard; A. Leitner, în Clinica Profesorului Ertl, folosește la ulcerale porțiunii în pro-

lapsul uterin exclusiv această alifie, pentru care n'are decât cuvinte de laudă.

E. Karpelis a obținut rezultate din cele mai frumoase în cosmetică, A. Marconi preferă această alifie oricărui tratament aktinoterapic în urma rezultatelor obținute cu ea.

Prin bunăvoința casei „Chemosan Union A. G. Wien III. Kälblgasse 10, am obținut o cantitate mai însemnată din această alifie, cu care am tratat un număr însemnat de bolnavi.

Din cele aproape 80 cazuri tratate de noi amintim câteva:

1. *Elena Ol.* 58 ani, casnică, mă consultă la data de 18 Oct. 1941 în cabinetul meu particular, pentru ulcer varicos atonic al gambei drepte, de mărimea unei palme de copil cu suprafața supurantă, adâncă de 2 cm., cu marginile neregulate, cu jurul hiperemic, infiltrat, dur, emanând un miros fetid. Nicio tendință de mugurire, din contră, marginile ulcerului sunt epitizate, de consistență dură-lemnoasă; simptom al atoniei țesuturilor. Repausul total și aplicarea alifiei Metuvit pe ulcer a adus după două zile completa desodorizare a plăgii și totală dispariție a durerilor. Am aplicat alifia zilnic pe plagă, întinsă pe un tifon, iar pe suprafața hiperemică inconjurătoare am aplicat-o direct și după 20 de zile de tratament cu această alifie, ulcerul atonic cu miros fetid și dureros a putut fi vindecat complet.

2. *Maxim Cot.* 62 ani, agricultor din P. Făgăraș, s'a prezentat în cabinetul meu medical la 21 Oct. 1941, suferind de ulcer al treimii inferioare a gambei stângi de mărimea unei palme bărbătești, cuprinzând aproape întreaga circunferință a gambei. Procesul interesa tegumentele și țesutul subcutanat până la stratul muscular. Suprafața ulcerului supuranto-sanghinolentă cu miros fetid, cu marginile bine limitate, fără cea mai mică intenție de mugurire a țesuturilor. Acuza dureri uneori insuportabile. Durează de 18 ani, a încercat diferite alifii, a fost de câteva ori în Spital, niciodată nu a fost complet vindecat.

Deși nu mai avea speranța unei vindecări complete, totuși a urmat strict cele prescrise de mine. După 2 luni mai era din acel extins ulcer o urmă de mărimea unei piese de 20 Lei. Revăzut la 3 Februarie 1942, gamba era complet vindecată, mobilitatea membrului normală, cetățeanul voios și fericit, văzându-se iar om întreg.

Pompei Or. de 37 ani, funcționar, se prezintă la 3 Martie 1942, în cabinetul meu medical, consultându-mă pentru 2 ulcere venerice tipice ale lăminei interne prepuțiale pars. super. plus uretrită gonoroică anteracută. La 5 Martie R. W. (negativ). Ulcerile apar la 4 zile după contactul suspect, de mărimea boabelor de mazăre, suprafața supurantă, marginile sfacelate, țărături subminați: după curățirea de rigoare a ulcerilor cu benzină, aplic pe ulcere direct alifia Metuvit. A 2-a zi abia mai găsesc secreție purulentă, după 4 zile dela aplicarea alifiei, șancreele complet epitizate. Un bubonul la dreapta rădăcinii penisului este silit la regresie rapidă, după o injecție cu 5 cmc. lapte și odihnă completă la pat. În tratamentul gonoreei sulfamido-terapia a eșuat complet.

4. *Grigorie P.* de 25 ani, meseriaș, intră în Serviciul Dermatologic al Spitalului Public, la 2 Iunie 1942, cu diagnoza șancru veneric al glandului, de mărimea unei piese de 2 Lei, cu suprafața supurantă, adâncă de 1 cm., marginile sfacelate, țărături subminați, jurul hiperemic, edemațiat, R. W. (negativ). Îi aplicăm pomada „Metuvit”. A 2-a zi secreția purulentă mult diminuată, edemația și eritemul din jur aproape dispărut. A 4-a zi fără puroi cu vădită tendință de mugurire. În ziua a 11-a de ospitalizare ulcerul complet vindecat.

5. *Irina I.* 29 ani, puellă publică, intră în serviciul nostru la 9 Iunie 1942, cu diagnoza: Ulcer veneric al comisurii posterioare, Lues. lat. și Endometrită gonoroică R. W. (+) slab pozitiv; sifilitică, inveterată, urmând tratament anti-sifilitic neregulat. La 12 Iunie începem aplicarea alifiei „Metuvit” pe ulcer; după 6 zile ulcerul vindecat. Am putut începe tratamentul gonoreei.

6. *Ghizella W.* puellă publică, de 26 ani, intră în serviciul nostru la 10 Iunie cu diagnoza: ulcer veneric al feței interne a labiei mici stângi Lues. lat. și uretrită-endometrită gonococică. R. W. (negativ), sifilitică veche. Începem tratamentul șancrului cu Metuvit și după 7 zile de tratament, ulcerul de mărimea unei piese de 10 Lei, este epitizată și ni se dă posibilitatea să începem tratamentul gonoreei.

Concluzii:

Alifia „Metuvit” cum oleo-jecoris, este o compoziție chimică expusă acțiunii razelor roșii și ultraviolete, cuprinzând în sine anumiți catalizatori. Această alifie emană neîntrerupt iradiațiuni cu unde scurte, cari au putut fi puse în evidență prin metode fizico-chimice și biologice, astfel prin tratamentul cu Metuvit înlocuim aktinoterapia artificială, care adesea nu numai că este de lungă durată și costisitoare, dar nu pot beneficia de ea un număr însemnat de bolnavi din orașe mici sau dela sate, unde nu pot avea la dispoziție aparatele necesare.

Prin cantitățile mici de radiațiuni emise în mod constant se obține o hiperemizare activă a țesuturilor vii, în adâncime o diminuare rapidă a secreției purulente, desodorizare și vindecare în timp relativ scurt a ulcerelor venerice și varicoase.

Pe ulcerile profunde se aplică alifia direct schimbându-se la început zilnic pansamentul, iar pe ulcerile superficiale se aplică întinsă pe o bucată de tifon.

În urma rezultatelor rapide obținute de noi mai ales în tratamentul ulcerelor venerice și varicoase nu putem decât să recomandăm cu căldură această alifie, care a îmbogățit atât de fericit arsenalul medicamentos în terapia ulcerelor.

Medicul de circumscripție și organizarea sanitară în mediul rural¹⁾

de

Dr. Traian Bude,

Medic de circumscripție Tâlmăciu

Acest studiu al meu s'a născut cuvânt cu cuvânt, idee cu idee între amărăciunile și bucuriile ce sunt legate de un serviciu greu, desfășurat acolo departe în lumea satelor, departe de centrele și viața confortabilă a orașelor, între puținele clipe de răgaz și între multele ocupațiuni, care apasă atât de greu pe umerii unui tăcut muncitor intelectual, care este medicul de circumscripție.

Nu este lucru ușor pentru medicul dela țară a sta neclintit la postul lui de veghe la orice oră din zi și noapte, de-a munci neîncetat pe șantier de dimineața până seara și deseara până dimineața, de-a descifra în singurătatea rece a camerii lui de lucru din cifrele încălțate ale statisticii — cauza mortalității infantile, ori de-a alerga pe drumurile defundate ale satelor îmbrobodite în beznă întunecată, prevenind boale, alinând dureri, vindecând și consolând oamenii rușii, care trăiesc în condiții de viață contrare regulilor asepse științifice și civilizației din lumea modernă, având în toată această activitate un singur martor între ei și bolnav, — conștiința sa.

Problema organizării sanitare este pusă din nou pe primul plan al preocupărilor zilnice, organizația sanitară în mediul rural este de-o continuă actualitate. Problema sănătății Neamului se agită mereu ca una dintre cele mai importante probleme de Stat. Prevenirea și combaterea bolilor medico-sociale, a mortalității generale și a celei infantile în special, ridicarea standardului de viață a țaranului care formează cea mai numeroasă clasă socială în Stat, pretind noul modificări legislative pentru stabilirea unui climat prielnic, în care capitalul uman, acel „*vivum aerarium*“ de care vorbește cronicarul secolului al 18-lea, „*visteria vie*“ a Statului, să se mărească aducând dobânzile cele mai mari pentru prosperitatea Neamului.

Nici lege în Stat nu este supusă atât de mult modificărilor ca legile sanitare. Aceasta din motivul că legea sanitară trebuie să țină pas cu progresele realizate pe terenul medical. Pilda clasică a legăturii organice care trebuie să existe între lege și progres o dă opera marelui Pasteur cu genialele ei descoperiri în domeniul microbiologiei, operă care a sgușit din temelii toate legile sanitare învechite, punându-le pe baza nouilor descoperiri științifice,

În materie sanitară toți organizatorii sunt de perfect acord asupra constatării că legiuirea sanitară s'a modificat prea puțin față de progresele științifice realizate în domeniul descoperirilor biopolitice, adăugând totodată că devotamentul personalului sanitar este mai presus de orice discuție. S'a mai făcut observația că sporul anual al populației sub aspectul cifrelor de natalitate se înșiră în zădărie, fiindcă mortalitatea generală se menține pe aceleași înălțimi și cea infantilă în special se mărește din an în an. Ne aflăm așadar într'un permanent deficit demografic, un fel de *colaps biologic*, care echivalează cu o adevărată pacoste națională. Se cere deci aplicarea unor măsuri eroice de îndreptare într'un ritm mai accelerat și de un caracter radical.

Cauzele acestui *demografism dezastros* unul l-au atribuit lipsei prea vizibile a medicinei preventive și căreia trebuie să-i asigurăm o dezvoltare mai mare. Să cerem medicilor igienisți, pe care să-i trimitem de urgență la țară, acolo unde pericolul e mai mare. Va să zică o altă categorie de specialiști. Medicina curativă căzând pe al doilea plan de organizare. Nimeni însă nu și-ar lua asupra sa garanția aplicării pe teren a unei eventuale desbinări a medicinei preventive de cea curativă sau a unei preferințe una față de cealaltă, amândouă discipline medicale formând un tot indivizibil, ca doi atomi într'o moleculă, pe care în zădărie ar încerca cineva să o spargă. Enunțarea cunoscutului aforism sanitar: e mai ușor a preveni decât a combate o boală, nu poate constitui pentru un bun organizator un motiv de preferință față de medicina preventivă în defavorul celei curative.

Alți organizatori au atribuit acest aspect întunecat al *deficitului biologic lipsei medicilor dela țară*, contatare făcută mai ales în urma recensământului medicilor din anul 1941; avem prea mulți medici la orașe și prea puțini la sate. Deci să trimitem cât mai mulți misionari sanitari la țară, în orice caz să împledăm aceea „*migrațiune a medicilor*“ dela sat la oraș, acel exod care s'a observat în timpul din urmă, la toate clasele sociale în general.

Toate aceste cauze, constatări, observații, sugestii și reflexiuni, care au dus la cunoscuta perturbare în organizația serviciului sanitar rural având ca dureros

¹⁾ Comunicare rostită în ședința Colegiului Medicilor, secția județeană Sibiu.

rezultat colapsul biologic al populației, sunt bine motivate, sunt juste și adevărate.

Principala cauză care a contribuit la scăderea nivelului biologic și sanitar a fost faptul că *unicului factor de-o importanță covârșitoare care este medicul de circumscripție, nu i s'a dat în cadrul organizării rurale atenția cuvenită, nu l-am împroprietărit, nu l-am legat de glia pământului ca să prindă rădăcini adânci în mediul rural. L-am pus pe umeri sarcini prea mari, care nu le poate duce, iar de picioare i-am legat ghiulelele birocratismului sec și neproductiv, consumator de energie, pe care trebuia să o desvolte pe terenul intelenit al ogorului sanitar. I s'a pervertit în mod voluntar nobila lui profesune în inspector de drumuri și vizitator de closete rurale, o pervertire profesională cuprinsă în definiția: „medicul rural este astăzi un bun funcționar, care îndeplinește cu sfincenle atribuțiunile unui agent sanitar și câte-odată este și el medic.“*

Este perfect adevărat că problema sănătății publice atârână de mulți factori, care trebuie să fie luați în considerare: factorul economic, religios, social, moral, și cultural, peste acești factori trebuie să domine factorul sanitar, care este reprezentat prin medicul de circumscripție, care formează unitatea de organizare în mediul rural. Sunt semnificative cuvintele scrise de dl Prof. Moldovan încă în anul 1921, când nu aveam un minister al sănătății. Le citiez aci ad literam fiindcă sunt și astăzi de-o izbitoră actualitate. „*Oricare ne va fi organizațiunea noastră în viitor, totdeauna va rămâne medicul de circumscripție fundamentul activității sanitare în Stat. Lui în primul rând va trebui să i se asigure posibilitatea de a munci, lipsit de grijile zilei, de a fi scutit de îndatoriri superflue și de a i se ușura îndeplinirea serviciului lui atât de greu și extrem de important. Când se va uni odată sub conducerea unui minister al nostru toate serviciile medicale din țară și când acest minister își va putea împărți în mod rațional energiile medicale, se va putea cruța multă muncă superfluă, mulți bani risipiți acuma și va fi ușor a favoriza pe acei medici mai mult cari muncesc în împrejurări mai grele.*” Iată baza unui întreg program de muncă și organizație sanitară în câteva cuvinte!

Toate valorile ministeriale, care s'au perindat dela anul 1921 în fruntea departamentului Sănătății, laici, specialiști reputați și svaanți cu renume mondial, au fost personalități de seamă, tot atâtii bărbați de Stat distinși și de-o înaltă factură morală, bineintenționați și buni organizatori, cărora nu le-au lipsit nici talentul, nici puterea de muncă și nici simțul realității. Din anul 1921, când a luat ființă acest resort al Sănătății și până astăzi s'au creat diferite instituții sanitare la sate, unele din aceste instituții poartă și acum numele înfăptuitorului. La numărul lor s'au adăugat în cursul timpului alte noul, unele din ele au dispărut, altele există și

astăzi ceea ce dovedește că au fost de un real folos sanitar. Din această emulație pentru binele poporului au rezultat în total 25 instituții sanitare în mediul rural. Cu titlul de informație le înșirăm la acest loc.

1. Necroscop, 2. moașe comună. 3. moașe particulă. 4. moașe de circumscripție, 5. agent sanitar genist, 6. asistentă de ocrotire, 7. asistentă socială, 8. medic comună, 9. medic de circumscripție, 10. medic igienist de plasă, 11. medic școlar, 12. infirmieră vizitatoare, 13. trenuri-băi, 14. plasă sanitară model, 15. maternități rurale, 16. dispensare comunale, 17. dispensare mobile polivalente, 18. echipe sanitare volante, 19. casă de sănătate, 20. centre de puericultură, 21. cooperative sanitare, 22. școală de gospodărie țărănească, 23. așezăminte de ocrotire pentru bălești, 24. tot astfel pentru fete (Vatra copiilor) dela Orlat, 25. efortii sanitare. În realitate se poate să mai fie și altele, care mi-au scăpat din vedere, sau altele cari sunt în curs de înființare a căror existență încă lumea n'a putut lua cunoștință.

Un lucru se desprinde clar din simpla enumerare a acestor instituții sanitare și de ocrotire, atât de multe în mediul rural. Cum este posibil ca atâtea asistență medicală și socială să nu poată influența indicele mortalității generale și al mortalității infantile în special? Să nu pierdem din vedere că însemnătatea unei instituții sanitare se măsoară cu procentul care indică mortalitatea, natalitatea și excedentul natural al populației. Ținând seamă că excedentul biologic la noi nu provine inițial dintr-o degenerare fiziologică ci dintr'un complex de împrejurări medico-sociale patologice.

Am creat așadar instituții sanitare multe, multe și mărunte, pe unele din ele le-am adoptat din alte țări străine, și pe care — durere — nu le-am adaptat necesităților și specificului românesc. Numai așa se poate explica această perturbare în organizația serviciului sanitar rural. Ne-am angajat într-o organizație prea complicată, costisitoare și polipragmatică cu tendințe disparate fără să putem repurta vreun succes în scăderea mortalității generale și infantile. Scump și nu rentează, cum ar spune negustorul rutinat.

N'am avut în organizația sanitară un fundament, n'am consolidat situația medicului dela țară, care formează baza unei bune organizații în Stat. Nu i-am dat locuință nici mijloace rapide de transport, nu l-am putut fixa la sate pe un timp mai lung, fiindcă nu l-am legat de pământ, nu l-am dăruit și lui ca altor cetățeni un petec de pământ, un lot, pe care să-și întemeieze o gospodărie și să-și zidească o casă care să fie pentru locuitorii dela sate un model de construcție igienică, curată pe dinăuntru ca și pe dinafară, văruiată la timp și bine întreținută. L-am smuls din atmosfera caldă și prielnică a universității și l-am trimis fără niciun ajutor în bezna satelor, unde s'a simțit ca un înstrăinat și unde pe lângă cea mai mare bunăvoință nu-și poate

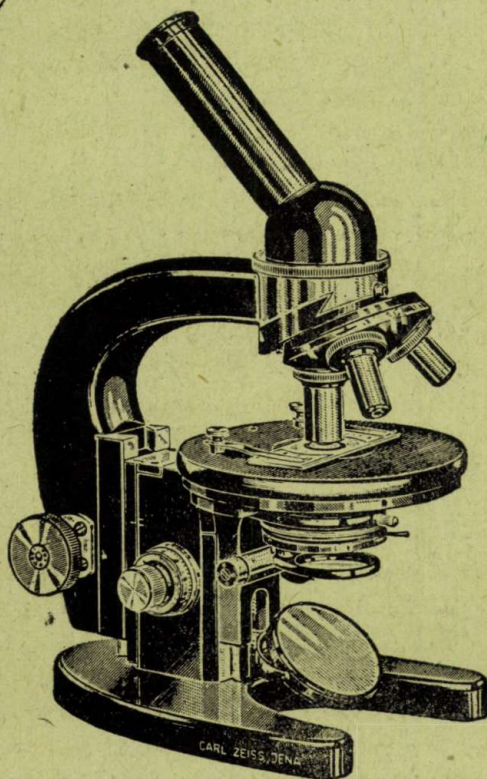
Uricedina

in tratamentul bolilor de nutriție cum sunt: Guta,
reumatismul, sciatica, boli de rinichi, afecțiunile
vezicii urinare, boli ale ficatului și ale căilor biliare,
atonie intestinală, obezitate.

Reprezentanță:

Loew & Co. S. A.
Sibiu

J. E. Stroschein, Chemische Fabrik K. G.
Berlin SO 36



ZEISS

MICROSCOAPE

de construcția cea mai modernă cu tub
de observare monocular

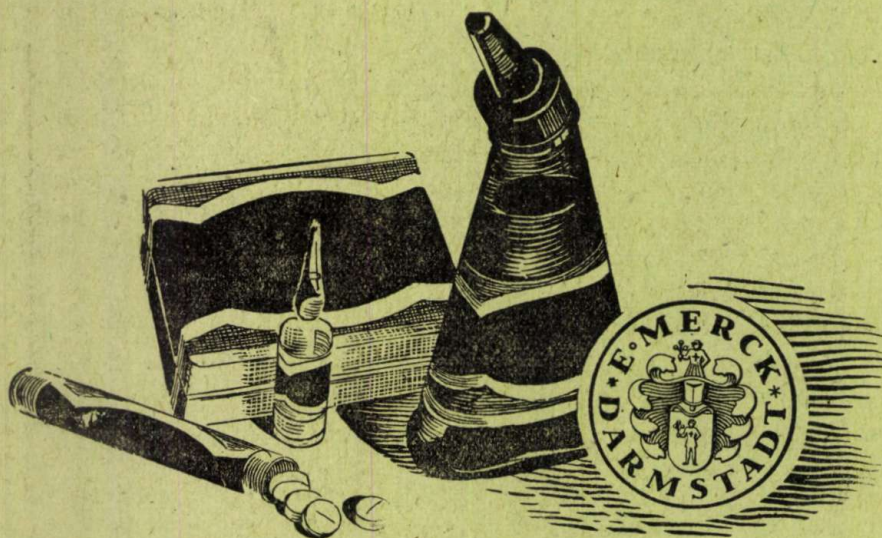
pentru
toate lucrările
științifice

O caracteristică distinctivă a noilor
microscope Zeiss tip L, este montarea
vizelor micrometrică și macrometrică în
partea de jos a microscopului unde pot fi
acționate comod, sigur și fără oboseală.
Cataloage și informațiuni gratuite dela

CARL ZEISS, JENA

sau dela reprezentanța generală pentru România:
Societatea Anonimă de Agentură-Comi-
sion-Import fost Otto & Alfred Herzog
București I. — Bulevardul Carol I No. 48

CARL ZEISS
JENA



OESTROMENIN

4,4'-Dioxi- α , β -dietilstilben

Preparat sintetic cu acțiunile biologice ale
hormonului folicular.

*In turburări de menopauză și
în toate celelalte indicațiuni ale tratamentului
cu hormon folicular*

Picături • tablete • fiole

A stylized, handwritten-style signature of 'E. Merck' in a cursive script, with a long, sweeping underline.

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE - DARMSTAD - FONDATĂ 1827

Reprezentanța generală: Chimiroman, București I, Str. T. G. Masaryk Nr. 32.

indeplini datorita lui de misiionar al sănătății din cauza vitregiei și dușmănoasei atitudini a forurilor administrative locale, cărora numai atunci le face plăcere dacă le dai totul, fără să le ceri nimic în schimb. Am uitat că organizația sanitară începe la sate și sfârșește la... sate, unde locuiește cea mai numeroasă pătură socială a Statului Român... țăranul.

Se întreabă toată lumea cu mirare, de ce nu merg medicii la țară? Această întrebare ar putea slogură să formeze un studiu vast și amănunțit de discuții și documentare. Ce-l îndeamnă pe medicul să nu răspundă cu entuziasm la acest apel? Doar li s'au mărit simțitor salariile, li s'au acordat prime de reședințe pentru unele circumscripții unde medicul rural nu are surse de câștig pe urma clientelei, li se mai promite medicilor dela sate și alte îmbunătățiri, care au drept scop ridicarea nivelului moral și a situației materiale, li se vor mai da și mijloace de transport, păcat că de drumurile desfundate dela sate nu se face nicio mențiune. Se poate spune că de prezent s'au făcut de fapt multe lucruri bune pentru medicul rural, în raport cu trecutul, cu toate acestea nu s'a spus încă ultimul cuvânt. — În cel doi ani din urmă, Ministerul Sănătății, care reprezintă sub acest aspect sinteza tuturor doleanțelor și preocupărilor sanitare, s'a străduit necontenit să aducă maximul de avantaje medicilor ce se vor stabili la sate. Păcat că bunele intenții de sus nu s'a răspuns cu aceeași înțelegere și bunăvoință din partea forurilor administrative locale și tutelare dela provincie. Cu toate avantajile aduse și favorurile promise medicilor când e vorba să aleagă între sat și oraș mai bine preferă să moară de foame la oraș, decât să se ducă la țară. Nici măsura represivă cu cel doi ani obligatoriu la țară nu va putea soluționa problema organizării în mediul rural. După acest exil forțat medicul la cea mai apropiată ocaziune își va părăsi postul dela sate, unde viața rustică nu va fi în stare să-l lege. Numai atunci se va încumeta să meargă la sat, dacă li se va da posibilitatea unei existențe onorabile: pământ și o locuință confortabilă, pentru a-și întemeia o gospodărie, precum și mijloacele necesare pentru a-și putea îndeplini rolul său atât de greu și extrem de important.

La sate, la sate, se strigă mereu de toată lumea, la sate cu medicii, avem prea puțin medici la sate, ne trebuie mai mulți. Satul românesc este izvor nesecat de inspirație artistică și literară, sursă de cugetare filosofică, cu lanuri bogate de grâu și livezi înviorătoare și sporiri de... salarii. Satul privit de Octavian Goga, este cel mai mare rezervor de energie națională. El a crezut în ideea de rasă, a crezut deci în sat, fiindcă satul pentru acest mare poet național reprezenta marele tot: *neamul*. De acolo, dela sat a pornit și celebrul savant Robert Koch, fost medic cercuial în Prusia. Acolo la sate și-a desăvârșit cariera „Doctorul Rareș”, cunoscuta

figură literară a lui Alexandru Vlahuță. De-acolo s'a inspirat Balzac, când l-a descris pe Benassis, pildă de altruism, pe care l-a eternizat în lucrările lui celebre. Și cu toate acestea medicii nu se mișcă din loc, nu vor să meargă la sate, pentru că la drept vorbind satul, așa cum este el astăzi, nu-l oferă unui intelectual ieșit din școli superioare, cum este medicul nicio perspectivă de viitor.

Pe lângă datorințele l'a dat medicul rural și drepturile, care se pot citi și acum în legea sanitară, drepturile care niciodată n'au fost recunoscute de cel însărcinat cu executarea lor. S'au discutat și nu s'au aplicat în realitate, din motivul că le-au găsit confuze, deși aceste dispoziții legale sunt categorice și clare ca lumina zilei.

Ne referim la art. 77 din Legea Sanitară din 1935 și la art. 159 și art. 164 din Decretul-Lege din 1939, care au fost găsite de administrația comunală în contradicție cu art. 178 din Legea administrativă, precum și cu Codul Funcționarilor Publici și cu modificările lui ulterioare din 19 Ianuarie și 12 Oct. 1941, deși toate acestea n'au scos din vigoare art. 77 și art. 164 din menționata lege sanitară. A trebuit ca medicii să fie traduși în fața instanțelor judecătorești pentru a-și susține drepturile lor consfințite printr-o lege atât de categorică cum este Legea Sanitară în vigoare. Instanțele judecătorești, cât și cele administrative superioare s'au pronunțat în favorul medicilor. Rămâne acum de văzut cum vor ști să se folosească medicii rurali de aceste drepturi recunoscute atât de târziu. Punctul dureros și trist în această controversă juridică a fost faptul că unii primari comunali — eu numai pe unul îl pot aminti — fiind totodată și medici în asigurările Sociale, au intentat procese de șicană pentru evacuare forțată, colegilor lor sanitari.

Din cele relatate aci este evident că fără o strânsă colaborare între medicii dela sate și autoritățile administrative și tutelare, primării, preturi și prefecturi nu se poate face operă armonioasă în domeniul atât de vast al organizării sănătății publice. Să luăm d. e. combaterea bolilor medico-sociale. O combatere efectivă pe teren nu interesează numai pe medicii igienisti ci și colectivitatea și această colectivitate la sate este reprezentată prin autoritățile administrative.

Să trecem acum la o altă colaborare între medicul și autoritățile mai interesante. În Italia fascistă nu există un minister al sănătății, atribuțiunile de interes sanitar sunt executate de ministerul de Interne, pe lângă care funcționează o direcție generală a sănătății, ajutată de un consiliu sanitar superior. În felul acesta se constată acolo o scădere simțitoare a mortalității de tuberculoză. Și când te gândești câtă energie s'a consumat în lupta pe care au dus-o medicii români la atâtea congrese medicale pentru a se emancipa de sub tutela admini-

strațiile locale, considerată dezastruoasă și nedreaptă pentru medicul.

La lumina acestor constatări și pe baza tristelor experiențe făcute ani de-a rândul de medicii rurali, ar fi de dorit să se ia următoarele măsuri urgente :

1. Improprietățile medicilor la țară, în comunele de reședință ale circumscripției rurale și acordarea de credite pentru a-și zidi o locuință igienică și confortabilă, și pentru a-și întemeia o gospodărie model.

2. Continuitate în serviciu pe baza stagiului prestat la țară.

3. În caz că medicul rural nu are locuință la țară, recunoașterea de fapt a drepturilor din Legea Sanitară, care prin dispozițiunile ei prevede pentru medicul rural locuință în natură sau contravaloarea ei în bani, încălzit și luminat gratuit, asigurându-se de către toate comunele ce formează circumscripția sanitară cheltuielile împreunate cu transportul medicului în interes de serviciu.

4. Recunoașterea de fapt a medicului rural de-a folosi gratuit telefonul comunei în interes de serviciu.

5. Armonia prin punerea în concordanță a legilor sanitare cu cele administrative.

6. Recunoașterea de fapt a medicului rural ca șef nemijlocit al personalului sanitar auxiliar și de ocrotire dela circumscripție.

7. Eliberarea medicului rural de multiplele atribuțiuni deosebite și politicești, care nu cadrează cu studiile lui dela universitate.

8. Descătușarea lui de ghilelele birocratismului sec și neproductiv; cu condelul în mână nu se poate face medicină efectivă la saie.

Realizarea acestor desiderate imperloase vor aduce cu sine mult doritele rezultate cerute de organizatori, combaterea mortalității generale și a celei infantile în special, mărirea excedentului biologic și ca urmare schimbarea demografismului în bine și, pe toată țara.

Marele bărbat de Stat, Spiru Haret spunea : dați-mi învățători capabili și voiu schimba țara, parafrazându-l putem și noi zice : Dați medicul rural ce i se cuvine și el va vindeca țara de colapsul biologic.

Revistă generală

Acțiunea veninului și bacteriilor patogene

— Sensul ei biologic —

de

Dorin Speranția

I. — Pentru un organism, substanța inanimată din jurul său poate fi un simplu substrat, un simplu suport, a cărui structură și compoziție n'are nici o însemnătate. Deci, un raport pur fizic. Dar substanța din jur poate lua parte activă și la procesul vital. Organismul se clădește cu material din jurul său, ia energie pentru propria lui viață tot din transformarea și din consumarea acestui material străin.

Ceea ce caracterizează raportul dintre viață și mediu este tocmai că viața atacă, transformă, consumă și asimilează substanța din mediu, pentru a-și construi organismul (suportul material) și pentru a obține energia necesară subsistenței.

Vieța n'are niciodată acțiune inutilă. Și chiar un singur proces are cât mai multe scopuri și sensuri cu putință. La animale atât de specializate pentru funcțiunea de a inocula venin, cum sunt viperele, această funcțiune are și scop defensiv, dar și scop ofensiv : capturarea și uciderea prăzii.

Șarpele veninos nu mușcă inutil : numai pentru a se apăra sau a se hrăni.

Prada e fie numai paralizată (la Aglyphe, de ex.), fie ucisă, după ce s'a paralizat întâiu. Aceasta se în-

tâmplă pentru a o imobiliza, pentru a o împiedica de a fugi și de a se apăra.

Moartea se produce prin acțiunea convergentă a tuturor principiilor conținute în venin : acțiune neurotoxică, hemolitică, necrotică și eliberatoare de substanțe toxice prin degradarea substanței proprii a victimei.

Ipoieza asupra unei așa zise „acțiuni toxice” directe a veninului scade din ce în ce : a spune „acțiune toxică” nu înseamnă nimic precis, mai ales din punct de vedere chimic. Am pornit la studiul asupra veninului cu ipoteza unei acțiuni pur diastazice. Fiindcă această acțiune nu e instantanee, ca a substanțelor toxice proprii zise (Cianura de K., alcaloidele), ci cere un timp, cu atât mai scurt cu cât cantitatea de venin e mai mare. Apoi, fiindcă veninul nu e eficace decât injectat în țesuturi : prin tegument și mucoase nu e activ, ca substanțele toxice.

După toate aparențele, nici acțiunea locală, necrotică, și nici cea hemolitică (acțiunile directe ale veninului) nu sunt cauze suficiente ale fenomenelor grave și ale morții. Acțiunea neurotoxică (tot directă) e rareori hotărâtoare, iarăși. Simptomele generale însă, de vasodilație și oedem hemoragic, depresiune cardiacă și

sanguină, etc. sunt cele mai grave. Ele par însă a fi pricinuite de eliberarea histaminei prin acțiunea enzimatică a veninului (5) și poate și a altor substanțe toxice (acizi aminici, de ex.). Vasodilatația produsă de primele cantități de histamină eliberată la început, după mușcătură, permite o irigație mai abundentă cu sânge încărcat cu venin. Generalizare care va avea ca efect atacarea și necrozarea țesuturilor atinse, odată cu o puternică eliberare de histamină, toxică, ce grăbește și ea moartea. Prada va putea fi consumată.

Scopul acțiunii mortale a veninului este pregătirea victimei pentru digestia următoare. (Digestia gastrică va fi facilitată de venin: o pradă care n'a fost mușcată se digerează mai încet și mai greu în stomac.) Fenomenele necrotice sunt o simplă proteoliză — *decă un adevărat început de digestie*, — înainte de îngurgitarea prăzii. Această pradă e totodată ucisă prin eliberarea, în propriul ei organism, de substanțe toxice, a căror acțiune farmacodinamică permite atacul proteolitic, digestiv, al veninului.

II. — Bacteriile, ca oricare organism viu, vor fi în același raport cu mediul: îl utilizează atacând substanța, consumând-o pentru necesitățile vieții.

Fie saprofite, fie parazite, ele atacă substanțele din mediu, pentru a le simplifica și a le face proprii asimilației. Acțiunea lor de degradare a substanțelor organice e cunoscută.

Oxidările, hidrogenările, desaminările, procesele proteolitice, care pregătesc substanța din mediu pentru a fi consumată sau incorporată în organismul bacteriilor, nu pot fi operate direct de aceste organisme, ci de enzimele secretate.

Existența enzimelor produse de bacterii nu mai e contestată azi. Ele atacă substanța mediului pentru a o face ușor de consumat, *pentru a începe digestia*, care se desăvârșește mai târziu în celulă. Firește, aceste degradări chimice pot fi ades însoțite de eliberarea unor produse nocive animalului gazdă. Substanțele vătămătoare au însă desigur rolul lor: slăbesc rezistența organismului infectat, pentru a permite o proliferare mai intensă și o nutriție mai ușoară a bacteriilor; sunt așa numitele „toxine bacteriene”. Produsele de desasimilație ale microbilor pot fi și ele substanțe toxice. Ascultând însă de legile biologice fundamentale, în măsura în care sunt toxice, vor avea și ele utilitatea lor pentru organismul care le-a produs: odată ce acesta trăiește ca endoparazit, fiecare act fiziologic și chimic va fi efectuat în așa fel, încât să nu fie inutil, ci totul să servească existența organismului.

Distrugerile chimice și leziunile organice provocate de bacteriile patogene sunt începuturi de digestie, efectuate de enzimele secretate de ele. Toxinele eliberate au misiunea de a pregăti mai departe terenul.

Din punct de vedere biologic e deci vorba de o identitate de acțiune pentru subsistență a șerpilor veninoși și a bacteriilor patogene. Aceleași enzime digestive, destructive, care lucrează în afara propriului lor organism asupra victimei, pentru a o pregăti viitoarei veritabile digestii. Eliberarea substanțelor toxice care slăbesc prada, facilitând o acțiune din ce în ce mai puternică, e asemănătoare, fiziologic și chimic. *Aceste substanțe toxice provin nu din organismul agresor, ci din însuși corpul victimei.*

III. — E nevoie însă de o precizare asupra fenomenelor fiziologice și chimice ce servesc existența acestor viețuitoare.

Am spus că șerpii întâiu își paralizează prada. Paralizia e provocată fie numai de durerea mușcăturii și veninului, fie și de acțiunea principiului neurotoxic din venin asupra sistemului nervos. Acțiune asupra bulbului [la *Crotalus terrificus* (2)], sau acțiune curarizantă și anestezică (4), ca și o acțiune asupra măduvei (la veninul de viperă și al tuturor șerpilor în general).

Timpul cerut ca veninul să-și manifesteze acțiunea și faptul că e cu atât mai scurt, cu cât veninul e mai abundent, ar indica o acțiune conformă legii Schütz-Borissov: cantitatea de substanță atacată e aproximativ proporțională cu rădăcina patrată a cantității de enzimă. Deci, cu cât cantitatea de enzimă e mai mare, timpul necesar degradării unei mari cantități e mai scurt.

Se cunosc acțiuni diastazice, separate oarecum, ale veninurilor. Ele trebuie însă să se coordoneze după un sistem oarecare, pentru a-și îndeplini misiunea. Marie Phisalix și Bertrand arată că principiul „echidnază” e histolitic. Jousset (3) și Nowak (6), apoi Bel-fanti (7) precizează de mult aspectul leziunilor și necrozelor. Aceste cercetări îndreaptă pe Launoy (8), Delezenne (9), Houssay (10) și Eagle (11) să cerceteze acțiunea net proteolitică a acestei „echidnaze”.

Fosfatidaza conținută în venin are rol important în eliberarea lysolecitinei (13), (substanță activ hemolitică), și în efectele asupra inimii și sistemului vascular (10, 12). S'ar părea că tot această fosfatidază are o acțiune asupra sistemului nervos (4), precum contribuie la eliberarea histaminei, substanță farmacodinamică și toxică puternică (13, 14, 15, 16, 17). Mecanismul e următorul (5): *histamina se eliberează atât din țesuturile atacate de enzime* (histidina nemai fiind reținută de proteinele care o țineau, poate fi decarboxilată de alte enzime și devine histamină), *cât și prin hemoliza cauzată de lysolecitină* (17). *Hemoglobina hidrolizată eliberează histidină* (18), *apoi histamină*. Chiar șocul dat de unele veninuri (14) se aseamănă cu șocul histaminic. Șocul produs de veninul de viperă e foarte asemănător, exceptând efectele neurotoxice, cu șocul histaminic descris de Guggenheim (18). *E de remarcat*

că animalele cele mai sensibile la venin sunt cele mai sensibile la histamină. Broasca, de ex., care rezistă la de zece ori mai multă histamină decât un iepure, rezistă la cantități de venin care ar ucide foarte ușor acest animal; șobolanii, mult mai rezistenți la histamină decât cobaii, sunt aproape în aceeași măsură rezistenți la venin. Dar sensibile la venin sunt animalele sensibile la histamină și care au țesuturile și sângele bogate în histidină. (Calul, de ex.) Când histidina eliberată prin hemoliză și hidroliză de către venin e mai multă, histamina produsă va fi și ea în cantitate mai mare, deci șocul va fi cu atât mai violent.

În ce privește acțiunea diastazică a bacteriilor, se cunoaște proteoliza produsă de ele, hemoliza specifică unora din ele, cât și numeroasele feluri de procese chimice pe care pot să le provoace. Aceste procese tind totdeauna spre simplificarea substanței organice pentru a o face ușor utilizabilă microorganismelor. E clar iarăși că aceste degradări se produc în jurul bacteriilor, — în afara lor. Dar e caracteristică la multe bacterii (patogene în special) producerea de substanțe toxice: *B. coli* produce putrescină din arginina d. (19).

B. coli, streptococii, streptobacteriile, termobacteriile, dau naștere la histamină din histidină, tiramină din tirozină, etc. Sunt substanțe neutilizate direct, dar care favorizează viața și acțiunea ei distructivă care o întretine.

August 1942.

(INST. DE BIOCHIMIE AL FAC. DE MEDICINĂ CLUJ-SIBIU)

Bibliografie:

- (1) M. Phisalix, Animaux venimeux et Venins, Masson, Paris, 1922. — (2) Houssay & Hug, C. r. soc. biol. 99, 1509, (1928). — (3) Jousset, Bul. Ac. Med. LXXXVI, 358, (1899). — (4) Kellaway, Ann. Rev. of Biochem., VIII, 541, (1939). — (5) D. Sperantia, rezultate nepubl. — (6) Nowak, Ann. Inst. Pasteur, XII, 369, (1898). — (7) Belfanti, Z. Immunitäts., 44, 347, (1925). — (8) Launoy, C. r. Acad. sc. CXXXV, 401, (1902). — (9) Delezenne, C. r. Acad. sc. 1912, CXXXV, 329. — (10) Houssay, C. r. soc. biol. 105, 308 (1930). — (11) Eagle, J. Exper. Med., 65, 613, (1937). — (12) Houssay, Negrette, Mazocco, Rev. Assoc. Med. Argentina. cit. (4). — (13) Arthus, Arch. intern. physiol., 11, 285, (1912); 13, 329, (1913). — (14) Gautrelet, Halpern, Corteggiani, Arch. intern. pharmacodyn., 53, 297, (1936). — (15) id., Arch. intern. physiol., 38, 293, (1934). — (16) Feldberg & Kellaway, J. Physiol., 90, 257, (1937). — (17) id., 94, 187, (1938). — (18) Guggenheim, Les amines biologiques, ed. franc., A. Berthelot, Paris 1934, Baillière. — (19) Hirai, Biochem. Z., 283, 390, (1936).

Medicină de războiu

Considerațiuni asupra funcționării serviciului sanitar batalionar în trei situații tactice: paza coastei, defensivă, atac

de

Dr. Mihăese Octavian

Medic sublocotenent de rezervă

Absolvent al cursurilor de specializare în Igiena și Medicina preventivă

În calitate de medic al unui batalion dintr'un Regiment de Infanterie am condus serviciul sanitar al acestui batalion din ziua de 25 Dec. 1941, până în momentul când trimis la țipar aceste succinte considerațiuni, iar mistlunea mea aici încă nu s'a terminat. L'am însoțit deci atât în timpul iernii pe țărmul viscolit al Mării Negre când acest batalion făcea paza coastelor cât și mai târziu, în luptele dela Sevastopol, când s'a acoperit de glorie.

Am socotit necesar pentru tinerii colegi cari vor fi de-acum înainte în situația mea să redau pe scurt experiența acestui serviciu, cu străduințele lui, cu greutățile întâmpinate și cu realizările lui.

La preluarea serviciului unitatea se găsea într'un dispozitiv defensiv de apărarea coastelor Mării Negre, întins de-alungul coastelor cam pe 90 km. lungime. Apoi, peste patru luni unitatea a intrat în luptele dela Sevastopol, unde a străbătut o perioadă de defensivă și una de ofensivă până la data de 1 Iulie când fortăreața a căzut. Se înțelege că în toate aceste trei situații

tactice serviciul sanitar s'a acomodat lor. Faptul nu a fost tocmai ușor, după cum vom vedea.

În situația tactică de pază a coastelor deci cu unitatea în staționare și răspândită pe mici subunități detașate în cantonamente prin satele de pe litoral, serviciul sanitar s'a condus după trei principii: a) să la măsurile de igienă și medicina preventivă adecvate situației, b) să trateze pe loc boșnavii având în vedere că formațiunea de spitalizare cea mai apropiată se găsea la circa 100 km. și c) să evacueze bolnavii a căror tratament nu se putea face pe loc.

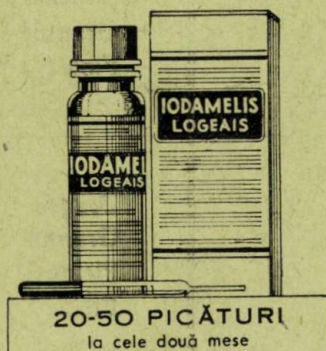
Oricâte ori trupa ocupă un cantonament, medicul unității trebuie să se intereseze de situația medico-socială a localității unde se face cantonamentul spre a cunoaște factorii cari ar dăuna sănătății trupelor. În Țară acest lucru e ușor, serviciile sanitare civile, dar mai ales registrul de decese dela oficiile stării civile, dând o oglindă destul de fidelă a realităților medico-sociale ale localității. În țară strelnă, pe teritoriul ocupat, aceste

IODAMELIS

LOGEAIS

PUTERNIC REGULATOR AL NUTRIȚIUNII
REDUCTOR AL SCLEROZELOR — STIMULENT AL SCHIMBURILOR

*O TRIADĂ DE SYNDROME
O SINGURĂ MEDICAȚIUNE*



MALADII
ALE CIRCULAȚIUNII

TURBURĂRI
UTERO-OVARIENE

MALADII
ALE NUTRIȚIUNII



OPO-IODAMELIS

LOGEAIS

DISENDOCRINII
ALE TINEREI FETE SI ALE FEMEII
PUBERTATE — MENOPAUSĂ
OBEZITATE

ASTENII ALE VÂRSTEI MATURE
OBEZITATE
SENILITATE

ASOCIAZĂ
PROPRIETĂȚILE STIMULANTE
ALE IODOTANINULUI DIN
IODAMELIS, CU ACȚIUNEA
SPECIFICĂ A ORGANO-TERAPIEI
MASCULINE SAU FEMININE



In comprimate drageificate

Esantioane și literatură la cerere:



LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. — București 1, Str. Sf. Ionică No. 8

LABORATOARELE AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges PARIS (arr)

PRODUSELE	INDICAȚIUNILE	FORMELE
AMIDAL Amidon parafinat și fermenți lactici	Enterite Diaree Disenterie	Pulbere Comprimate Cachete
BACKERINE Fermenți selec. și săruri magneziene	Epiteliome Carcinome Sarcome	Fiole
GÉNATROPINE Polonovski et Nitzberg	Iperchlorhidrie Spasme digestive Vomitări, colici, diaree	Picături Granule Fiole
GÉNÉSÉRINE Polonovski et Nitzberg	Atonie vezicală Ipo-aciditate gastrică Sindrom solar Tachicardie nervoasă Simpaticotonie Atonie intestinală	Dragee Granule Picături Fiole
GÉNHYOSCIAMINE Polonovski et Nitzberg	Dureri abdominale, dureri spasmodice ale stoma- cului și ale intestinului, spasme ale pilorului, hiperaciditate gastrică, etc. Chorea, Tremurături mercuriale, Tremurături de cauze diverse. Delirium tremens	Picături Granule Fiole
GÉNOSTHÉNIQUE Polonovski et Nitzberg	Neurastenie, Astenie Stări de depresiune nervoasă Surmenaj Convalescență	Picături Granule Fiole
GÉNOSTRICHNINE Polonoški et Nitzberg	Paralizie, Astenie Neurastenie	Fiole Granule Picături
SED'HORMONE Dibromcholesterol	Excitație Insomnie Neliniște	Dragee

L i t e r a t u r ă l a c e r e r e

Depozit permanent:

„DROGUERIA STANDARD“ S. A. R., Str. Sf. Ionică Nr. 8, BUCUREȘTI I.

date se culeg greu. Abia după un timp de câteva săptămâni și mai târziu am putut face următoarele constatări: Situația economică și sanitară a comunelor cari ne interesează nu era rea. Locuințele, chiar dacă nu erau confortabile, întruneau un minim de condiții igienice. Unele erau curate sau chiar foarte curate. Populația nu suferea de boli epidemice, antecedentele comunelor fiind negative de trei ani în urmă, și, fapt surprinzător, în mică măsură de boli sociale, iar bolile venerice erau cu totul disparente. În Februarie însă a apărut o epidemie de gripă în două comune în cari aveam resfirate două companii și această boală a trecut repede la trupă, după cum se desprinde din tabela pe care o vom prezenta.

Populația ucraineană a comunelor unde eram cantonați și-a dat tot interesul pentru toate măsurile cu caracter sanitar, luate și comunicate sub formă de ordonanță cu caracter sanitar.

În nordul dispozitivului nostru la 5 și la 8 km. comunele erau locuite de Uzbeci, mahomedani de rasă mongolă, colonizați acolo din cîne și te ce stepe asiatiche ale imensului imperiu moscovit, mурdари, полигami; fiecare familie fiind compusă dintr'un bărbat care trădădea și fuma toată ziua, din 4-5 soți și din câte 10-15-17 copii. Locuințele lor, cunoscute izbe, sunt degradate până la funcțiunea de simplu locaș de scut pentru intemperii. Aici, în acest sector a apărut în Aprilie 1942 o epidemie de meningită cerebrospinală epidemică, care însă, în urma măsurilor luate ca trupa să nu aibă nicio contingență cu sectorul, a rămas localizată numai la Uzbeci.

Dealtfel, pentru ca sănătatea trupelor să nu fie influențată de factori locali din afara trupelor s'au luat tot timpul măsuri ca trupa să aibă un contact cât mai restrâns cu populația civilă, iar printr'o ordonanță sanitară specială populația era obligată la declararea bolilor epidemice și la respectarea unor principii elementare de igienă.

În interiorul unității măsurile de igienă s'au luat cu o grijă deosebită și cu concursul nelimitat al comandanților. Prima măsură a fost deparazitarea trupelor. Trupa era înainte intens parazitată din cauza lipsei unei băi de campanie. Bala am instalat-o cu următoarele mijloace simple: Un butoi de 80 kgr. l-am prevăzut cu o pâlnie și o sită pentru împrăștierea apei, cu un dispozitiv de închidere și deschidere a curentului de apă și cu un scripete ca butoiul să se poată urca la 2½ m. În camera de baie aveam un cuptor cu 2 cazane mari, o vană pentru amestecarea și potrivirea apei la temperatura vîntă și două mese pentru călcat rufe cu fierul. În timp ce trupa făcea baie și croitorii companiilor le călcau cu fierul rufe și toate efectele prealabil umezite, o echipă spăla dormitorul și schimba efectele acolo. Sistemul a dat rezultate bune.

Se înțelege că în afară de măsurile de curățenia corporală și a efectelor, măsurile de igienă au fost luate

cu tot ansamblul lor: controlul alimentelor, curățirea bucătărilor, a veselei, controlul și îngrijirea closetelor, fiind impuse în programul administrativ al trupelor. Noi am îndrumat și am supravegheat aceste măsuri cu ocazia vizitelor periodice ale cantonamentelor când se făcea și vizita medicală generală a trupelor.

Mult mai grele au fost măsurile de protecție contra frigului iernii. În adevăr, nu-mi amintesc ca în această regiune să fi fost vreodată fără vînt, iar lunile Ianuarie și Februarie au fost extrem de friguroase. Dar greutatea cea mai mare a fost dată de extrema variabilitate a temperaturii. Au fost zile când dela 33° C în timpul zilei termometrul urca la + 5° C seara, pentru a ploua peste noapte, și invers. Bineînțeles că trupa, plecată în lungi patrulări a suferit de pe urma acestor stări nefirești, neîntîlnite la noi în țară.

Pentru tratamentul cazurilor de îmbolnăviri mai simple aveam la dispoziție la început o infirmerie, instalată într'o școală superioară de agricultură, la un loc cu o companie și postul de comandă al Batalionului. Această așezare își avea desavantajele ei din cauza aglomerării atîtor servicii în aceeași clădire. De aceea la 1 Februarie 1942, am organizat în clădirea spitalului civil din localitate un pavilion pentru bolnavii noștri. Se compunea dintr'o cameră cu 6 paturi pentru bolnavi, una pentru medic, una pentru personal și material sanitar. Aici am isbutit să-i spitalizăm în bune condiții: camerele spațioase, bine luminate, bine încălzite, ferite de zgomot, igienice, nu serviseră înainte niciodată pentru contagioși. Am putut să-i țin și la regim — cel mai greu lucru în infirmeriile de campanie, — întru cât comandantul Batalionului ne-a pus la dispoziție lapte în cantitățile necesare, variabile cu numărul bolnavilor, în medie 2½ kgr. pe zi, iar medicul Regimentului zahărul necesar. Dealtfel, nu arareori, ofițerii în frunte cu comandantul ne-au donat și medicamentele cu care veniseră de-acasă. Această infirmerie spital astfel organizată ne-a adus încontestabil servicii, scutindu-ne de a risipi oamenii pe la alte formațiuni de tratament.

Iată acum, după diagnostic tabela ostașilor tratați în această infirmerie-spital.

TABELA Nr. 1

Bolnavii internați în spitalul amenajat de Batalion, pe luni și diagnostic

Luna	Tuberculoză	Sifilis	Gonoree	Malarie	Scorbut	Boli cardiace	Reumatism	Gripă	Congestii pulm. Pneumonii	Bronșite, traheite	Pleurizii	Amigdalite	Otite	Nefrite	Plăgi prin arme de foc	Plăgi contuze	Degerături	Furuncule, carbuncule	Abcese, flegmoane	Scabie	Boli ale aparatului digestiv	Afecțiuni oculare	Alte afecțiuni	Total
I.	1	3	—	—	—	—	4	9	2	2	—	2	—	—	1	2	2	1	1	15	1	—	—	46
II.	1	1	—	—	—	1	2	14	2	1	1	—	—	1	1	—	—	2	1	7	—	1	1	37
III.	2	1	—	—	1	2	1	21	1	1	—	—	2	3	1	1	—	1	2	2	2	1	1	46
IV.	—	—	1	3	4	—	—	3	1	—	—	—	1	—	1	2	—	—	1	5	4	1	1	28

Dintre cele 4 cazuri de tuberculoză, două au fost tuberculoze ulcerocazeoase și au fost evacuate după 2 zile de observații, celelalte au fost fistule tuberculoase (cervicală și a coapsei) și s'au vindecat la noi.

Sifilisul numără 5 cazuri, numai unul cu leziuni floride, evacuat, ceilalți tratați cu Thiohi, singurul preparat antiluetic de care dispune serviciul sanitar batalionar. Sursa contaminării acestor bolnavi nu este în regiunea în care am fost contaminăți, după cum nici cazul de gonoree cu oftalmie gonococică nu s'a infectat aici.

Cele mai frecvente afecțiuni au fost stările gripale, din cauza epidemiei amintite și din cauza climel, după cum am amintit mai sus. Ceea ce caracteriza aceste stări gripale a fost debutul lor brusc, cu febra înaltă 39—41° și cu violente dureri a membrilor inferioare. Uneori, după variabile perioade de afebrilitate, febra revenea, ceea ce ne-a făcut să ne gândim la febra recurentă sau la febra de Wolhyala, însă cercetările de laborator efectuate pe unii bolnavi internați în spitalul german din apropiere pentru precizarea diagnosticului, au infirmat aceste supoziții. Tot acestor stări gripale se datoresc și parte din congestiile pulmonare, bronșite, trahelite ca și cazul de pleurezile exudative și 2 cazuri de nefrită. În general însă, cu tot tabloul clinic alarmant al acestor gripe, prognosticul a fost bun, afară de cazul de pleurezile exudative survenit după gripă. Le-am tratat cu oleu camforat, cafeină, chinină, revulsive, și majoritatea au cedat în 6—10 zile.

Dintre cei trei cardiaci doi au prezentat uşoare miocardite, al treilea un sindrom cardiopulmonar care în urma unui mare efort a făcut o insuficiență circulatorie acută și a sucombat în timpul evacuării.

O atenție specială merită cele 5 cazuri de scorbut, cazuri rebele la tratament, care au imobilizat câțiva timp oamenii și care au constituit prin apariția lor un semnal de alarmă cu privire la conținutul alimentelor în vitamina C. În adevăr, alimentația trupelor — după tipul german — este consistentă și dinamogenă, carentă însă în vitamina C. Acest fapt este aproape inevitabil la armată poate și din cauza bucătărilor pe roate, ale căror cazane sunt adevărate autoclave, de sigur prin fierberea în exces se pierd și vitaminele și enzimele.

Cei 4 răniți prin arme de foc au fost accidentați toți. Unitatea n'a avut pierderi prin armele inamice tot timpul cât a făcut paza coastelor.

Celelalte cazuri tratate în infirmeria noastră sunt cazuri obișnuite a căror mențiune nu o socot necesară aici. Cu sosirea primăverii bănuind plecarea la luptă, am depus toate eforturile ca să lichidez cu bolnavii, iar ultimii 4 bolnavi cari îi mai aveam în infirmerie la data de 11 Aprilie 1942 i-am evacuat la spitalul german.

Terminăm prima parte a expunerii noastre cu următoarea remarcă: Aproape toți bolnavii noștri cronici au venit cu afecțiunile latente de-acasă, cardiaci, tuberculoși, cei cu otite și pe lângă aceștia numeroși bolnavi de hernie, hemoroidă, astme, reumatisme, pneumocomioze etc., cari nu au făcut obiectul expunerii fiind tratați doar ambulatoriu sau deloc, cum e cazul celor cu hernii. Toți aceștia au fost trimiși în nădejdea că li se va da un serviciu ușor. Dar care este serviciul ușor în armată în timp de război? Aceeași agerime, muncă, sacrificiu se cere dela toți, dela luptătorul din echipa de șoc până la ultimul conductor sau ajutor de bucătar. Nu văd serviciu mai ușor sau mai greu în armată. Mai logic ar fi ca în perioada de instrucție când intră sub arme tinerii recruți, bolnavii să fie depistați și tratați în mod gratuit și obligator. Mai bine ar fi dacă această selecție ar începe chiar dela premilitarile, iar educația tuturor să fie astfel îndrumată încât fiecare să considere că sănătatea și vițoarea fizică și intelectuală nu aparține numai individului ci și Patriei și intereselor ei.

La 27 Aprilie 1942, Batalionul a intrat pe poziție, pe front și a luat contact cu inamicul. A stat în defensivă în două sectoare ale frontului, a deșusat la atac din al treilea. Comandamentul trupelor de pe frontul Sevastopol a alcătuit un judțos plan de operații după care trupele se mișcau ca figurile de șah încluzând între ele pe inamic. Ar depăși cadrele lucrării noastre și probabil ar fi contrar regulilor militare expunerea cât de sumară a acestui plan, precum și numirea punctelor de orientare.

Regimentului nostru — în cadrele lui și Batalionului a cărui serviciu sanitar îl conduceam — i s'a dat misiunea ca plecând dintr'un sector greu, împadurit, să ocupe pozițiile inamice din față, în continuare să ocupe un mamelon bine fortificat, iar peste el să se rabată spre sud-vest pentru a cuceri o înălțime formidabilă înălțită cu cazemate și șanțuri și care constitua cheia apărării Sevastopolului.

Istoria va scrie cum Regimentul s'a achitat de această misiune. Mie îmi revine sarcina să arăt funcționarea și activitatea serviciului sanitar batalionar în aceste situații tactice.

De sigur că ar fi bine dacă s'ar putea da un buletin asupra funcționării serviciului sanitar, după buletinul imprimat tip. Dar acesta este defectuos alcătuit, toate rubricile lui, așa că nu se poate utiliza într'o lucrare. Neparvenindu-mi, unde mă găsesc, nici un fel de literatură medicală de război spre a afla o clasificare, am alcătuit o tabelă, destul de completă, privind 421 evacuații.

Trebue să precizez că din acești 421 evacuați numai 265 aparțin unității noastre, restul aparțin altor unități.

Din cele de mai sus se desprinde că arma care scoate din luptă cel mai mulți oameni este aruncătorul Brandt. Din Interogarea prizonierilor reiese că și la inamic arma care le-a produs cele mai mari pierderi a fost Brandtul nostru, deci nu poate fi vorba de o superioritate a aruncătorului rusesc asupra celui al nostru, ci de superioritatea armelor însăși asupra celorlalte. Ne-a produs pierderi mai ales în defensivă. Rănilor prin schijă de aruncător se prezintă într-o întreagă gamă, de la simpla punctare cu schije mici ca nisipul, până la distrucția integrală a organismului.

Gloanțele infanteriei inamice ne-au produs pierderi mai ales la sfârșitul luptelor, când unitățile noastre adânc pătrunse în dispozitivul inamic l-au distrus amplasamentele de Brandturi, iar aviația le-a aruncat în aer bateriile. În deosebi au utilizat pistolul automat cu 71 de gloanțe, o armă foarte eficientă, mai ales în terenul păduros, ca teatrul nostru de luptă. Aceste gloanțe ar fi mai periculoase, ca și celelalte gloanțe de altfel, care nu omorâ decât nu ating un organ vital, însă mai adesea ele vin în snop. În 8 cazuri am putut identifica răniți prin gloanțe explozive (dum-dum) cu extraordinare distrugerii la orificiul de ieșire și în 3 cazuri răniți prin glonț perforant de pușcă anticar cu aproximativ același aspect.

Artileria ne-a provocat pierderi mai ales în cele câteva zile de preparare a atacului, când inamicul a făcut și el trageri de contrapreparație și contrabaterie. Schije de artilerie produc cele mai mari delabrări de țesuturi.

Aviația inamică ne-a vizitat pe furiș mai ales noaptea. Schije de bombă de avion lovesc direct, dar mai des lovesc schije secundare, în special plete aruncate de explozia bombelor, care produc răni contuze cu voluminoase hematoame.

Inamicul a utilizat foarte multe mine, de tot felul, de la simpla cutie de lemn încărcată cu trotil și prevăzută cu un focos, până la minele mari de metal cu percuția automată. Ele au produs pe lângă răniile cele mai variate (cu cele mai multe amputații) arsuri extinse, murdărite cu fum și uneori cu un praf galben. Față de multitudinea minelor inamice (— pentru a putea ridica 9 morți s-au scos 140 mine —) noi am avut puține pierderi prin această armă, datorită pionierilor noștri, care le-au neutralizat la timp. În fine vom aminti că în 15 cazuri rănirea s-a produs prin 2 sau 3 arme.

După reglunea corpului răniților s-au prezentat în felul următor: 81 cu răni la capul, 123 cu răni la membrele superioare, 43 răni la torace și spatul,

13 a abdomenului și organelor genitale, 154 a membrilor inferioare.

S-au prezentat 7 cazuri de șocuri traumatice nervoase dintre care am evacuat 4 după două ore de prezentare, iar 3 ușor șocați l-am tratat la infirmeria regimentului.

În 31 cazuri răniții au prezentat fracturi, ceea ce reprezintă circa 7% dintre răniți, în 8 cazuri (circa 2%) amputații ale membrilor, în 15 cazuri (circa 3%) plăgi perforante transfixante toracice și în 5 cazuri (circa 1%) plăgi penetrante abdominale. În 12 cazuri au fost atinși ochii, urechile, gura, nasul și faringele, în 2 cazuri trahea.

În fine vom menționa și 4 cazuri de insolăție, produse într-o incursie când luptătorii au stat 8 ore în soare în fața rețelelor inamice, la pândă, cu casca pe cap.

Atât în defensivă cât și în atac principiul după care m'am condus a fost: evacuare cât mai grabnică și în condiții cât mai bune. Răniții erau aduși de brancardieri la postul de prim ajutor, aici au fost pansați și evacuați cu cea mai mare lățeală. N'am făcut tratamente aici. Cel recuperabil în 3—4 zile l-am trimis la postul regimentar, mai puțin expus. Am extras numai schije superficiale, am amputat membrele zdrobite, am secționat țesuturile devitalizate. Am pansat cu rivanol și cu tinctură de iod, am făcut la o parte din ei injecțiile antitetanice și stimulante.

Evacuarea grabnică și în bune condiții a răniților depinde în primul rând de modul de plasare a postului de prim ajutor. Aceasta este cea mai grea operație a medicului batalionar. Am procedat în felul următor: În defensivă, când brancardierii aveau de transportat 2—3 răniți pe zi, m'am plasat la 600—750 metri înapoi de linia de luptă. În sectorul Mechensle însă, apropiindu-se atacul, frontul a devenit nervos, răniții fiind din ce în ce mai numeroși, brancardierii nu l-ar fi putut evacua, am împlinit deci postul la 250 metri înapoi de linia noastră, la 300—350 metri distanță de linia inamică. Aici auzeam personal unde se da lupta, cu ce arme se trage, puteam prevedea numărul răniților. În plus ei se puteau prezenta foarte repede, uneori la 3 minute de război. Se înțelege că până acolo nu puteau înalța cărucioarele Mestowich. Am recurs la instalarea unui releu de brancardieri, prin care, răniții trecut prin postul de prim ajutor și pansat îl transportam peste o mică creastă la stația de cărucioare, de unde apoi era evacuat. În felul acesta, cu mici riscuri, am putut funcționa acolo ireproșabil. După ce unitatea a plecat la atac am rămas la acest post doar o noapte pentru evacuarea răniților din prima zi de atac, apoi am făcut un salt până chiar în zona de luptă, iar stația de cărucioare a făcut saltul pe locul postului de prim ajutor. Aici însă, în zona de luptă, n'am putut funcționa

din motivul că răniții refuzau să se oprească la un post așa de înalțat, iar alții erau răniți înapoia noastră, așa că a trebuit să mă retrag 200—250 metri. Apoi trupa înaintând pe înălțimea fortificată amintită, am împlinit postul, inclusiv cărucioarele chiar sub acea înălțime. Plasamentul a fost îndrăzneț ca să fie în nota unității dar a fost totdeauna bun, așa fel că am putut prinde toți răniții și am adus serviciile și altor unități. În alegerea locului postului de prim ajutor am fost ajutat de comandantul Regimentului și al Batalionului, ambii comandanți cu largi vederi de ansamblu, au ținut totdeauna ca serviciul sanitar să meargă bine și l-au ajutat în orice greutate. De altfel trebuie să existe o perfectă armonie între comandanții operațiilor militare și serviciile sanitare. În adevăr răniții nu se prezintă în mod uniform în fiecare zi, ci în valuri în raport cu operațiile. Acestea le știm dinainte numai comandanții cari trebuie să încunoștințeze serviciile sanitare. La noi în Regiment această armonie și sprijin reciproc a existat totdeauna.

Ca mijloace de evacuare a răniților am întrebunțat targa și căruciorul Mestowich. Cu deosebire căruciorul ne-a adus prețioase servicii. A fost mult apreciat și de Germani. Ei nu-l au în dotare dar i-am servit cu ale noastre ordecâteori aveau nevoie. Se înțelege că numai un cărucior, cât avem noi în dotare ar fi cu totul insuficient în zile de mari aglomerări a răniților. În aceste cazuri ne-au sosit în ajutor 4 cărucioare dela coloana volantă de brancardieri a Diviziei. Fracturații însă suportă greu transportul cu căruciorul. I s'ar aduce

mare îmbunătățire dacă s'ar aplica pe roate cauciuc, chiar masiv. Mai avem în dotare 2 cărucioare port-tărgi, dar așa de grosolan lucrate încât e imposibil a le împinge pe o pantă, ele urmând a fi purtate de oameni. Nu le-am întrebunțat niciodată. Pentru răniții ușori am întrebunțat căruțe și mașini de ocazie cel puțin pentru o parte de drum.

O chestiune căreia trebuie să i se dea toată atenția este asanarea câmpului de luptă, în special culegerea morților de pe câmp. Ea nu poate fi însă pusă numai în seama serviciului sanitar. În adevăr, brancardierul singur care n'a participat la lupta propriu zisă n'are de unde ști unde a căzut camaradul său nici care este drumul accesibil aceluia loc. Pentru culegerea morților ar trebui (când sunt mai mulți) o echipă compusă din 4 brancardieri de fiecare companie, un sanitar, 1 luptător din fiecare pluton care a participat la luptă, plus 1—2 plonieri pentru demnare.

Se înțelege că transportul morților nu se poate face decât cu tărgi speciale, din fol de cort, tărgi a căror brațe se adună pe umăr acoperind total mortul. (Așa am procedat noi). Altfel targa obișnuită se scoate din uz, ea nemaiputând servi la transportul răniților după ce s'a transportat cu ea morții. De altfel și brancardierul care a transportat morții, are mai multe șanse a-și infecta camaradul rănit dacă-l pansează fără a lua în prealabil măsurile complicate și greu de controlat de asepsie. Foarte bine a procedat comandantul unei companii care a cules morții cu ajutorul prizonierilor ruși.

25 August 1942.

Proiectile deviate

Contribuțiuni la studiul proiectilelor neobișnuite în legătură cu un caz de proiectil dedublat

de

Dr. Nicolae Pop

Medic căpitan în rez.

Alături de tehnica modernă de războiu, observăm că proiectilele obișnuite de infanterie pot produce uneori ravagii extraordinare, chiar nebanuite. Pentru acest motiv acesta a fost subiectul unei serii întregi de studii amănunțite. Natural că aceste ravagii, nu se datoresc proiectilelor obișnuite ca parcurs și configurație, ci mai mult așanumitelor piese atipice.

Pentru o schematizare am crezut de bine să facem împărțirea lor de mai jos, după indicațiunile mai multor autori cum sunt Oetinger, Käfer-Hartleben, și alții.

1. Proiectile obișnuite, deviate, (ricoșate). Proiectile atipice,

2. Proiectile nereglementare.

Ad. 1. Proiectilele obișnuite, deviate-ricoșate pot fi:

a) Cu parcurs normal, până la obiectiv, unde întâmpinând o rezistență d. e. osoasă, sunt deviați, devin transversali, și cu toate că au un orificiu mic de intrare, produc ravagii extraordinare.

b) Proiectilele deviate în parcursul lor, au iarăși trei subdiviziuni:

I Proiectile deviate în parcursul lor, de o creangă, stuf, adică un obstacol ușor, și cari adesea nu se deosebesc prea mult de proiectilele obișnuite.

II. Proiectilele deviate, mai ales în imediată apropiere a obiectivului, de un obstacol solid, stâncă, pavaj, etc. Ele pătrund în corp de-a-curmezișul, au deci o



SENNA-CARBON

TABLETE

Folia sennae plv.
Fel tauri depur.
Carbo depur.
Sulfur depur.
Ol. menthae & phoeniculi

Gastrite, Intoxicațiuni
alimentare, Constipații
acute și cronice



MYKOCID

TINCTURĂ

Jodo-phenol-trichloroxy-
aethanol-dioxybensol-
formol-fuxin-borat

Combaterea micoselor
parazitare



Fabrica HYGEA-CLUJ, S. A. R.
BUCUREȘTI

PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE

Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE
GEDEON RICHTER S.
A.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Insuficiența hepato biliară

și consecințele sale
dispar prin

FELAGOL

Tablete

colagog - antiseptic -
desinfectant

Hipoaciditatea și achilia gastrică

pot fi remediate prin

BETACID MITE ȘI FORTE

Tablete

În afecțiunile gastrointestinale

datorite insuficienței
pancreatice

PANCRIN și DIPANCRIN

fermenți pancreatici

fermenți pancreatici și duodenali

Tablete

putere de pătrundere ceva mai mică, și produc prin urmare ravagii, relativ mai puțin dezastruoase.

III. Dedublarea proiectilelor, se întâmplă atunci, când în urma unei deviațiuni, proiectilul pătrunde cu baza lui înainte, și cămașa lui de metal, fiind oprită în cursul său de o rezistență osoasă, aruncă miezul de plumb, mai adânc în rană (cum este cazul pe care îl descriem mai jos).

Proiectilele nereglementare, sunt cele zise dum-dum, din care fac parte :

1. Proiectilele obișnuite retezate la vârf, pentru a obține un efect mai mare.

2. Dum-Dum francez, unde proiectilul fiind în întregime din metal, fiind chiar retezat la vârf, nu poate produce, în lipsa nucleului de plumb, adecă metalul moale, același efect dezastruos.

3. În armata engleză s'au fabricat proiectile, cari sunt obișnuite ca aspect, însă vârful lor este fabricat separat, și dintr'un metal ușor, aliaj de aluminiu, care se detașează la cel mai mic obstacol, acționând pe urmă ca un proiectil dum-dum, având în plus avantajul unei traectorii perfecte, mulțumită vârfului.

Cazul nostru pe care credem că merită să fie descris, aparține categoriei proiectilelor dedublate. Probabil dedublări de proiectile, obvin mai des, însă produc în cele mai multe cazuri ravagii incompatibile cu viața, și deci nu pot fi observate și studiate. Astfel se explică, că în literatura chirurgiei de războiu, ce mi-a stat la dispoziție, nu am găsit nici un caz similar descris.

Istoricul observațiunii noastre : Pe frontul de est, soldatul Mitică St. înaintând în pas alergător, cu arma în mână, spre

inamic, un proiectil lovește patul armei, ricoșează și pătrunde la nivelul articulațiunii tibio tarsiene drepte.

Soldatul ajunge târâș la postul de prim-ajutor, de unde este transportat la un Spital de campanie. Aici se face radioscopia, și se crede că ar fi vorba de o schijă de brandt, corpul strein metalic având forma unui bicorn. Nu se face extracția aici, deoarece plaga supurează mult, formându-se un proces de osteomieliță cu un flegmon întins. După trei luni, bolnavul ajunge în Spitalul nostru. Cu ajutorul filtratului de stafilococi, reușim să stăpânim procesul supurativ, iar la o nouă radiografie, susținem tot teza că este o schijă de brandt. Sub ecran reușim să pătrundem cu o pensă mare Kocher prin orificiul de intrare până la corpul strein, îl prindem bine, închidem pensa, și cu mișcări rotative, extragem cu multă greutate, o parte din corpul străin. Nici nu ne lăsăm timp pentru al examina, și intrăm după cel de al doilea corp străin. Abia după ce l-am extras

și pe acesta, le examinăm pe amândouă la lumină mare, și constatăm spre surprinderea noastră că este vorba de două proiectile de infanterie, și admitem, că se datoresc unei răniri cu armă automată. Abia după curățirea lor la robinet, vedem în sfârșit, că una este cămașa, cealaltă, nucleul de plumb, unui și aceluiși proiectil. Precum se observă și din fotografia alăturată, ambele piese sunt simetric incurbate la vârful lor, din cauza obstacolului întâlnit în timpul cursului adecă patul armei, ceea ce însă nu i-a împiedecat dedublarea lor.



Descriem acest caz, pentru multiplele greutăți ce am întâmpinat pentru clarificarea lui, ca o incontestabil rară coincidență a hazardului.

DIN SPITALUL MILITAR Z. I. 101 ALBA-IULIA
Med. Maior Dr. N. I g n a.

Simpatectomie în congelațiuni

(comunicări provizorii)

de

I. Philipowicz

Dela războiul mondial 1914/18 încoace nu s'au făcut observări mai mari în materie de congelațiuni. Tratamentul practicat pe atunci se îndrepta, după studiul bolii, în deosebi către evitarea pe cât posibil a gangrenei umede, deci către mumificare.

În stadiile inițiale, dacă încă nu se instalase o necroză definitivă, inciziile profunde la capetele degetelor (după Noske) au dat rezultate bune. Acestea descarcă membrul congestionat și activează astfel circulația și metabolismul tisular; pe lângă aceasta se recomandă poziția ridicată, pentru același motiv.

În 1931, Klapp și Hempel recomandă în cazurile de gangrenă iminentă inciziuni cutanate lungi cari

trebuie duse peste regiunea amenințată până departe în țesutul sănătos. Acestea zise și găuri de edem, servesc și ele, dar într'o măsură cu mult mai largă la descongestionarea țesuturilor și a circulației. Se scurge ser, sânge congestionat, negru și în fine sânge proaspăt, alimentația și încălzirea țesuturilor cari se mai află în viață fiind astfel asigurate. Hempel a reușit ulterior să dovedească și în mod experimental că în regiunea congeleției se petrece și o alterație periferică a metabolismului apei, nivelul zahărului și a sărei fiind mai mare în bășicile de congealație decât în serul sângelui. Eu singur am obținut rezultate bune prin aceste incizii, atât în congelațiuni cât și în hematoame întinse.

Deci dacă la început măsurile menționate pot preveni în multe cazuri amputația, chirurgul se vede pus în fața unei datorii cu mult mai îngrate în cazul unei gangrene definitiv instalate și infectate. Dacă nu ne silesc simptome septice grave la un procedeu radical imediat, care până în prezent se identifică cu amputația părții respective a membrului, departe în țesutul sănătos, atunci trebuie să așteptăm cu foarte multă răbdare și expunând nervii olfactorii ai celorlalți bolnavi unei molestări intense, demarcațiunea completă, în tendința noastră de a salva o parte cât se poate de mare a membrului și de a obține un bont cât se poate de folositor. Se înțelege că și consumația materialului de pansament este foarte mare.

Ori, în Ianuarie am primit un număr de 21 bolnavi tineri cari fuseseră ademiniți de bolșevici la lucru în interiorul Rusiei, dar acolo au fost găsiți de trupele aliate în înaintarea lor, într-o stare disperată, după munca în mine, cu o alimentație proastă și în sfârșit și după numeroase răătăciri.

Oamenii prezentau fără excepție congelațiuni mai mult sau mai puțin grave la picioare, toate infectate. Totodată erau infometați și în urma stării decrepide a organismului și a lipsei de fermenți digestivi, suferau de diaree incoercibile, adică pe cât se pare aveau boala denumită înainte vreme „tifos de foamete.”

Deoarece nu erau la dispoziția noastră nici vitamine, nici fermenți gastro-pancreatici, căutam să obțin un rezultat cel puțin prin administrarea de acid clorhidric, cărbune bolus alba și tennalbin, ceea ce reușiam chiar în toate cazurile cu excepția a două cazuri cari și de altfel erau într-o stare septică gravă și pe cari i-am pierdut. Ori, trebuia combătută pe de o parte sleirea organismului, pe de altă parte simptomele mai mult sau mai puțin grave ale gangrenei umede, fără a sacrifică îndată membre întregi.

Nici unul dintre bolnavi nu atingea o tensiune arterială de 10 cm., cei mai mulți o aveau în jurul lui 9 cm. Numai o indicație foarte minuțioasă și o selecțiune a cazurilor putea să o ajute în dilema dintre decizia pentru operație și eventuala întârziere a intervenției prin instalarea unei septicemii grave. Astfel numai după câteva zile trebuia să încerc operația prin amputarea gambei în treimea ei mijlocie, în patru din cele mai grave cazuri, în cari gangrena ajungea mai sus de maleole.

Trei fură salvați, al patrulea care face parte din cei doi pierduți, menționați mai sus, muri cu diaree incoercibile (până la 40 pe zi). Au mai rămas șase cazuri fără demarcațiune la cari venea în considerare o operație după Syme sau Pirogoff, la toți ceilalți gangrena se limita la degete.

Întâiu, ca titlu de încercare, pusei să se execute operația după Pirogoff și văzând că sutura se ține lăsa

să fie operați și ceilalți. Toți se vindecară bine. Rămase unul ale cărui picioare erau edemațiate până peste maleole, deși gangrena nedemarcată se întindea numai la capătul piciorului.

La acesta s'a făcut de partea dreaptă resecția simpaticului lombar 3 și 4, la stânga, pentru a compara efectul, simpatectomia periarterială a arterei femorale. De ambele părți era de semnalat un succes, întru cât secrețiunea rău mirositoare a diminuat și demarcațiunea a fost grăbită, de asemenea și edemele au diminuat mult. Bolnavul se mai află în observație.

Când starea generală a celorlalți bolnavi era destul de ridicată, trebuia să tindem către o demarcațiune și eliminare cât mai grabnică a părților gangrenoase ale degetelor. În acest scop am executat în cinci cazuri simpatectomia periarterială a arterei femorale cu atingerea consecutivă cu alcool. Ca bun obiect de comparație pentru studiul efectului serviau bolnavii cu leziunile identice, rămași neoperați.

Și în aceste cazuri operate se putea observa imediat o diminuare a secreției și dispariția mirosului rău, Bolnavii spuneau că au senzația de căldură și a unei dureri (arsuri) ușoare în cuprinsul regiunii de demarcațiune; aceasta din urmă deveni bine limitată și gangrena umedă se transformă într-una mai mult uscată.

Chiar după 10 zile falangele complet demarcate, numai ușor fixate, au putut fi îndepărtate; granulațiunile torpide s'au epitelizat în cel mai scurt timp, pe când cazurile neoperate nu prezentau în același timp decât un progres foarte ușor.

Am obținut deci același rezultat ce se obține în alte cazuri de ulcerațiuni torpide, prin simpatectomie. Regiunea se înviorază, hiperemia separă repede țesutul destinat pieirii de cel sănătos, reduce infecția și creiază cele mai bune condițiuni de vindecare pentru rana care se naște la demarcațiune. Rămâne de așteptat alte experiențe pentru a se ști dacă prin acest procedeu se poate preveni și complicațiunilor tardive. Ar fi important de studiat prin arteriografie relațiunile circulatorii înainte și după operație. În bibliografia redusă care îmi stă astăzi la dispoziție (deoarece majoritatea cărților mele s'a pierdut) găsesc numai în opera lui Kirschner-Nordmann o mențiune scurtă după care această operație dă rezultate bune în congelațiuni și combustiuni. Deoarece nu avem niciun motiv să admitem că în astfel de cazuri, simpatectomia ar putea aduce pagube, pe când folosul ei este evident, mă cred îndreptățit a-i fixa câmpul de aplicațiune pentru următoarele indicațiuni:

1. Ca operațiune pregătitoare înaintea unor intervențiuni mutilante cât mai economice, pentru creierea unor perspective sigure de vindecare.

2. Pentru accelerarea demarcațiunii și astfel scurțarea însemnată a spitalizării.

3. Pentru combaterea infecției.

4. În alterațiunile tardive datorite gerului pentru înlăturarea durerilor și în sensul unei eventuale intervențiuni cât mai economice, adică pentru salvarea membrului respectiv. Cât despre termenul optimal în congelațiunile recente încă nu dispun de experiențe.

În ceea ce privește tehnica, se recomandă a se începe cu intervenția cea mai ușoară, și anume cu injecția paravertebrală la nervul simpatic L 2 cu novocaină după Leriche, injecție ce mi-a folosit de multe ori și în alte indicațiuni. Eventual ajunge această intervenție.

A doua intervenție care vine în considerare este simpatectomia periarterială căreia trebuie să-i precadă tratamentul gangrenei prin comprese cu soluție chlorată pentru scăderea pericolului unei eventuale infecțiuni a răni din spre căile limfatice ale regiunii ganglionului limfatic al lui Rosenmüller.

Operația să se execute cu instrumente cât mai ascuțite și cât se poate de delicat, evitându-se pe cât posibil rănirea ganglionilor deseori tumefiați și a rețelei lor.

Din cele spuse se recomandă închiderea exactă

a rănei cu comprese de tifon muiate în soluție Rivanol 20/0 și curățirea repetată a rănei cu aceeași soluție.

Eu am fost printre primii care am executat și descris simpatectomia și am repetat-o de multe ori în decursul anilor de atunci. Intervenția e foarte simplă, întrebuițându-se o foarfecă mică obtuză întoarsă în unghiu drept, la fel ca pentru dură, și o pensă mică. După aceasta tratez toată împrejurimea cu alcool de oarece, în deosebi la peretele posterior, se găsește o perivascularită care face imposibilă prepararea și secționarea rețelei nervoase.

Pentru îndepărtarea funiculului simpatic lombar împreună cu ganglionii 3—5, se recomandă oarecare rezervă, deoarece s'ar putea să fie nevoie de ele pentru salvarea membrului dacă eventual ulterior s'ar ivi pagube tardive. Natural că indicația e valabilă și pentru cazurile proaspete.

Având în vedere actualitatea foarte mare a materiei am fost de părerea să dau publicității experiențele mele deocamdată modeste pentru a atrage atenția și acelor chirurghi care până acuma nu s'au gândit la aceasta. Din nefericire acuma există destul material de bolnavi.

Bibliografie

Contribuțiunile românești în pediatrie și puericultură

(din secolul trecut până azi)

de

Prof. Dr. Gh. Popoviciu

Lucrarea de față cuprinde la un loc concluziile unei lucrări mai vechi de ansamblu a autorului, cât și pe cele trase de lucrările mai noi analoage, dar mai limitate ale elevilor săi, cu scopul de a înregistra și analiza pe cât posibil tot ce s'a scris de cercetătorii români în pediatrie și puericultură. Lucrarea citată a autorului, scrisă în 1929, publicată în rezumat în 1931 (cu Prof. Manicatide) și în extenso în 1934, a fost *intâia revistă generală* asupra literaturii *pediatrice românești* și peste tot *intâia lucrare* similară de privire generală asupra activității științifice a autorilor *români dintr'o ramură dată a medicinei*. Ea a cuprins și grupat pe capitole (boli, grupuri de boli, epoci, autori), lucrările mai noi (postbelice până în anul 1929) și mai vechi (antebelice) strict pediatrice și puericulturale, sau interesând de aproape aceste discipline, — lucrări făcute și publicate în țară sau în străinătate de cercetătorii români.

De atunci literatura medicală românească s'a îmbogățit cu foarte valoroase, vaste lucrări de ansamblu din diferite domenii, în primul rând ale lui *Bologa*,

Gomoiu și elevii lor, privitor *folclorului medical și istoria medicinei românești*, cât și cu rapoarte asupra activității instituțiilor medicale (*clinicile infantile, oftalmologică și medicală din Cluj*), etc. Lipsesc totuși revistele generale cu rezumatul lucrărilor de specialitate, în modul obișnuit în literaturile occidentale și realizat pentru pediatrie și puericultură de autor, pentru perioada dinainte de 1930.

În domeniul pediatrie și puericultural tot autorului i-a revenit sarcina, ca după 10 ani să organizeze prelucrarea similară a materialului adunat din 1929 încoace. De astă dată materialul, din ce în ce mai vast, a trebuit grupat pe *ani* și, din 1937 încoace, pe *școli* (Cluj, București, Iași), cu ajutorul elevilor candidați la doctorat, în tezele lor.

Până în 1929, lucrarea pregătită de autor personal poate fi considerată *cât se poate de completă*, lipsind mai mult tezele de doctorat de specialitate, și acestea numai în parte. Restul de lucrări până în 1929 sunt, cu mai multe sau mai puține excepții, redactate în revista de ansamblu a autorului, chiar când ele au fost publicate

în limbile apusene, sau lucrate în clinicile și laboratoarele de acolo.

Pentru perioada de lucrări dela 1929 încoace revistele generale (teze de doctorat) sunt mult *mai puțin complete*. Ele redau complet lucrările Clinicii Infantile din Cluj, dar sunt mult mai puțin exacte în redarea cercetărilor celorlalți autori români și a altor școli românești. Cu deosebire sunt mari lipsurile în ceea ce privește lucrările nepediatrilor, interesând pediatria și puericultura, cât și cele publicate sau făcute în străinătate.

Cauza trebuie căutată, în împrejurările extrem de grele în care s'au pregătit aceste noi lucrări de ansamblu, în anii blestemați ai cedării Clujului și refugiului, 1940—1942, *lipsind sursele* necesare și posibilitatea de a câștiga în special *revistele streine*.

Astfel numărul lucrărilor românești de pediatrie și puericultură, pe care-l redau aceste teze pe ultimul deceniu (mai precis 12 ani), trebuie considerat mult peste 1200, numărul care a putut fi înregistrat de ele. În tot cazul comparația numărului lor, cu numărul analog mult mai exact (intrecând mla și apropiindu-se de 1500), al lucrărilor citate din revista generală mai veche a autorului, arată *progresul mare* făcut în această specialitate, *în comparație cu trecutul*. Înainte de războiul mondial numărul lucrărilor interesând pediatria și puericultura, este cu atât mai redus cu cât perioada e mai îndepărtată și abia împreună cu lucrările din primul deceniu de după război ajunge, să se apropie de numărul celor din deceniul al 2-lea de după război.

Progresul mare făcut în ultimul deceniu rezultă și din apariția a trei organe de publicitate, în cele trei centre universitare: „*Bulletin de la Société de Pédiatrie*” la Iași, „*Revista de Pediatrie, Puericultură și Neonatologie*” la Cluj și „*Medicina Infantilă*” la București, față de singura „*Revista de Obstetrică, Ginecologie și Puericultură*” de până aci, cu o rubrică de medicină infantilă foarte restrânsă. De asemenea apare primul tratat complet românesc „*Elemente de pediatrie și puericultură*” de Popoviciu, în 5 volume, care ajung în curând la ediția a 2-a, alături de „*Terapeutică infantilă*”, mai veche a lui Manicativ-Cajal, ajunsă și ea în ultimul deceniu la a 2-a ediție, volumul I din „*Patologie medicală infantilă*” de Manicativ, „*Hygiène sociale de l'enfance*” de Banu, și alte lucrări sintetice mai mari, noi sau vechi, privind fiziologia, îngrijirea, alimentația, mortalitatea, igiena, protecția, terapia copilului etc. (Popoviciu, Banu, Slobozianu etc.).

Lucrarea de față își datorește originea invitațiilor primite din partea a două reviste de specialitate străine, de a face cunoscută cititorilor ei activitatea pediaștrilor români. Prima mai veche, venită din partea d-lui Worringer dela Revue française de pédiatrie, a dat naștere revistei generale a autorului privind perioada până la 1929. A doua a venit de dată mai recentă din partea

d-lui Prof. Freudenberg dela Annales paediatrici. Ambele invitații tindeau la referate, limitate la perioade apropiate recente. Lipsind însă, cum am arătat, dările de seamă românești anuale asupra acestor activități, cât și orice altă lucrare mai veche de ansamblu, a trebuit să prelucrăm și perioadele premergătoare, pentru a arăta cel puțin sumar originea și evoluția problemelor ce se pun astăzi prin cercetările românești. Pentru viitor dările de seamă se vor putea face amănunțit și complet an de an, conform invitației conducerii revistei Annales Paediatrici. Ne mai rezervăm dreptul de a da o revistă completă, *in extenso*, analog lucrării pentru perioada până la 1929, asupra perioadei 1929—1942, în baza tezelor pregătite, îndată ce cu îndreptarea condițiilor în care ne găsim, o completare cu toate lucrările va fi posibilă.

În tot cazul revista generală de față, sumară, cuprinde în linii mari evoluția activității științifice românești, pediatrie și puericulturale dela început până astăzi, indicând ideile, problemele și *rezultatele principale* obținute de autorii români cei mai activi și de seamă.

Primele lucrări ale autorilor români cu interes pentru pediatrie, făcute în parte în clinică și laboratoare apusene, încep să fie publicate dela începutul secolului trecut, cu deosebire din jumătatea a 2-a, prezentându-se în sfertul ultim al secolului al 19-lea deja într'un număr destul de însemnat. Ele continuă să sporiască din deceniu în deceniu în secolul nostru, ajungând la o însemnatate deosebită în *perioada de după război*.

Cele mai multe lucrări se ocupă de *bolile infecțioase*, — până la 1929 aproximativ o pătrime, între 1929—1942 aproape o treime din totalul de cercetări care privesc pediatria și puericultura; restul se împarte între domeniul *neurologiei, puericulturii* (în perioadele dinainte de 1930 până la câte o pătrime), *turburărilor de nutriție* (digestive) și de *metabolism* (o cincime mai de mult, până la o șesime mai nou), bolilor noului născut, afecțiunilor respiratorii, cardiovasculare, urogenitale etc.

Însemnatatea acestor lucrări o constituie însă nu atât numărul lor, cât mai mult contribuțiunile pe care le aduc, privitor la unele afecțiuni insuficient cunoscute și la probleme încă discutate. Adesea cercetările românești dau *primele descoperiri*, cunoștințe, indicațiuni și stimulațiuni asupra unor fapte până atunci necunoscute în pediatrie.

a) Bolile infecțioase.

Lucrările asupra bolilor infecțioase sunt preponderente la noi față de cele de nutriție (digestive). Un motiv este sigur însemnatatea bolilor infecțioase ca plagă socială, relativ mai frecventă în vârsta preșcolară la noi ca în alte țări.

Un alt motiv este frecvența alăptării maternale, deci importanța relativ mai redusă a turburărilor de nutriție ale copiilor de sân. Dar motivul principal este insuficiența organizării luptei contra mortalității infantile, lipsa de instituții corespunzătoare de specialitate, deci lipsa relativă a unei adevărate activități pediatrice și puericulturale. Numai școala de la Cluj a dat o atenție mai mare principalului capitol al pediatriei și puericulturii, pe care-l constituie alimentația copilului, turburările de nutriție (digestive) și bolile metabolismului (incl. avitaminozelor) copiilor de sân sau mai mari, cât și măsurile sociale corespunzătoare, pentru combaterea pericolului alimentar și la noi.

În domeniul bolilor infecțioase, activitatea științifică este încă și mai puțin limitată numai la instituțiile propriu zise pediatrice, față de țările înalte și celelalte domenii de interes pentru pediatrie și puericultură. Astfel pe lângă numele și lucrările pediatriilor, găsim în acest domeniu un număr și mai mare de ilustre personalități științifice, care au adus contribuții valoroase, adesea cele dintâi, la cunoașterea și combaterea bolilor infecțioase ale copiilor. Cu deosebire este mare proporția activității nepediatriilor în perioada dinaintea de 1930 (Babeș, Cantacuzino, Levaditi, Ciucă, Moldovan, Ionescu-Mihăiești, elevii lui Hațieganu, etc.), în comparație cu pediatrii propriu zise (Manicatide, Gane, Popoviciu, etc.).

Dela început cercetătorii români (Babeș, Manicatide, Cantacuzino, Levaditi, Ciucă, etc.), au adus contribuții de mare valoare în cunoașterea caracterului scarlatinei și cu deosebire a etiologiei acestei boli. Ei au arătat prin cercetări originale mai noi, cât și prin numeroase controluri făcute teoriei americane, că aceasta nu este bine întemeiată și că este verosimilă teoria virusului filtrabil.

În difterie, Babeș, ajutat și de colaboratorii săi, în primul rând de Manicatide, a contribuit mult la cunoașterea bacilului difteric și al celui pseudodifteric, descoperind granulațiunile care poartă numele său. El a pus bazele imunității active cu toxina neutralizată prin antitoxina difterică și a pregătit primele seruri antidifterice amestecate cu toxină, metodă azi general adoptată. — Mai nou Moldovan, stabilind unicătatea cazului de îmbolnăvire în aceeași familie, indică o lege epidemiologică nouă, de o valoare aproape generală. — Manicatide, Ionescu-Mihăiești, Cănciulescu, elevii lui Manicatide, Grașoski, Popoviciu, etc. studiază natura toxinei difterice, cât și caracterele clinice și epidemiologice, profilaxia și terapia difteriei, pojarul etc.

Observarea semnelor lui Koplik pentru întâia oară în Europa, semnalarea primei epidemii de boală a 4-a la noi, descoperirea bacilului Z, ca agent al tusei convulsive, cu reacții serologice și seroterapeutice și efecte profilactice specifice pe care nu le au ceilalți microbi

descriși, este meritul lui Manicatide. — Împreună cu elevii săi, Lipitzer, Stroe, Schiler, descrie exantemul miliariform febril.

Imunizarea antivariolică, cunoscută de poporul român înainte de era j Jenneriană, are o bogată și veche literatură românească. — Levaditi ne dă cunoștințe precise asupra neurovacinelor și etiologiei encefalitelor post-vaccinale.

În studiul tuberculozei, Babeș a fost primul care a descris formele latente la copii. — Autorii români au fost între cei dintâi care au studiat virusul filtrabil, vaccinul BCG, blocherea tuberculozelor infantile și efectele terapeutice ale elioterapiei naturale și artificiale (Cantacuzino și elevii săi, Popoviciu, Slobozianu, Manicatide, etc.). — Gane și Papilian cercetează condițiile anatomice ale semnelor lui Turban în adeopatia traheobronhică. — În sifilisul ereditar Babeș, Levaditi au făcut importante cercetări histologice asupra spirochetului dându-ne numeroase mijloace noi terapeutice, mai nou blismutul. Între restul de autori se mai relevă Proca, care se ocupă de sifilisul experimental.

În ultimii 10—12 ani (dela 1929 încoace) se înmulțesc lucrările pediatriilor române în acest domeniu, în comparație cu nepediatrii. Dacă revistele generale de mai sus pe ale căror date ne sprijinim, nu sunt cu desăvârșire complete, totuși ele îngăduie concluzii asupra autorilor și lucrărilor celor mai de seamă, în genere destul de juste, apropiate ca valoare celor trase asupra perioadelor dinaintea de 1930. Se remarcă lucrările lui Bălteanu, Popoviciu, Stroe, Gavrila, Grașoski, Slătineanu, Butescu, etc., privind clinica, imunoterapia activă și pasivă și epidemiologia scarlatinei, asocierea frecventă cu febra tifoidă, diminuarea caracterului vechi grav al bolii în România prin vaccinațiunea antiscarlatinoasă, utilitatea asocierii seroterapiei Dick cu ser de convalescent și ser antigangrenos în formele cu angină ulceroasă, etc. — Popoviciu și colaboratorii săi confirmă unicătatea cazurilor de difterie, semnalată de Moldovan, chiar și în colectivitățile cu condiții corespunzătoare mediului familial și obștesc, primii, efecte bune profilactice prin dezinfectarea cavității nasofaringiene cu preparate novarsenobenzolice, după Lereboullet.

Manicatide, Ciucă, Mironescu, Nicolau, Gavrila, Hurmuzache, Alexa, Turcu, etc., inclusiv autorii citați la scarlatină, în diferite studii privind clinica, epidemiologia, profilaxia și tratamentul difteriei, se ocupă mai ales de tratamentul cazurilor grave, fiind cel mai mulți partizanii dozelor de ser mari (până la 400-600,000 U în total; în cazurile ușoare 10-20,000 U zilnic, până la 40-60,000 U în total); preventiv anatoxina o găsesc superioară celorlalte metode, părăd a acționa mai repede în asociația cu anatoxina scarlatinoasă.

(Continuare în Nrul viitor)

Societăți medicale

SOCIETATEA ȘTIINTELOR MEDICALE CLUJ-SIBIU

Ședința din 24 Martie 1942

Prezidează: Prof. Dr. C. TĂTARU.

Prof. Dr. Benetato Gr.: Contribuțiuni la studiul șocului insulinic. Acțiunea șocului insulinic asupra metabolismului scoartei cerebrale și a regiunilor subcorticale.

(Comunicarea apărută sub formă de arti o).

Ședința extraordinară din 12 Iunie 1942.

Prezidează: Prof. Dr. IULIU HAȚIEGANU, Rectorul Universității.

D-l Președinte salută în numele Universității și al Societății pe d-nii Profesori *Dr. I. Nițescu* și *Dr. Băltăceanu*, cari în urma invitațiilor făcute s-au deplasat de la București, pentru a conferința în cadrele Societății noastre. Aceste conferințe interuniversitare, spune Domnia-Sa, trebuiesc primite cu mult interes. Ele cimentează legăturile între diferitele Universități și constituie un schimb de vederi în câmpul atât de vast al medicinei, din care numai de profitat avem cu toții. Aceste conferințe între colegii de la alte școli sunt indicele de manifestare ale unui institut de cultură. Ele arată nivelul și concepția de cultură și civilizație ale instituției pe care o reprezintă și valorificarea sub acest raport al unui neam. De câte ori se realizează acest lucru, se nasc fapte și idei noi, se pun în discuție probleme de etică și de vitalitate ale unui neam. Ar fi de dorit ca aceste conferințe interuniversitare să se facă cât mai des, fiind foarte regretabil că din cauza împrejurărilor excepționale ale zilelor de azi, au fost așa de rari.

Suntem fericiți că avem iarăși în mijlocul nostru pe D-l *Prof. Dr. I. Nițescu*, colegul nostru de la Cluj, care timp de 2 decenii a ilustrat catedra de Fiziologie Umană a Universității Daciei Superioare și cu care am dus împreună greutățile începutului și am avut bucuriile succesului obținut. Tot așa de drag ne este și Colegul de la București, d-l *Băltăceanu*, pe care îl cunoaștem din 1918, când l-am întâlnit la lucru în Spitalul din București, unde am admirat și de unde am învățat manifestarea științei medicale în limba noastră dragă românească.

Regretăm că, primim pe frații și colegii noștri de la București aici în Sibiul refugiului nostru, în această mică sală a Clinicii Gynecologice, unde timp de un an toată Facultatea noastră și-a manifestat viața și activitatea ei în mod laudabil și cu mult curaj. Această tasă ne întărește și mai mult flacăra speranței unei justiții de mai bine.

Duioșia întâlnirii noastre cu vechiul nostru coleg *Nițescu* cu care am dus lupta de afirmare științifică și națională din 1919 la Cluj, timp de 20 ani, și cu colegul *Băltăceanu*, reprezentantul medicinei românești de la București, este explicabilă, datorită și locului și timpului în care ea se face.

Gândul Profesorului *Grigoriu*, președintele acestei Societăți, de a prezida eu, Rectorul Universității această ședință de întâlnire între frați, a fost poate ca ea să constituie și un simbol.

În credința și realizarea celor expuse, declar ședința deschisă și dau cuvântul d-lui *Prof. Băltăceanu* să-și desvolte conferința despre: *Apendicita subacută*, — încheie d-l Președinte cuvântul D-Sale de deschidere.

D-l *Prof. Băltăceanu* începe mulțumind d-lui Rector pentru cuvintele elogioase aduse D-Sale, mărturisind la rândul D-Sale înalte considerații ce le are față de d-l Rector ca om și ca reprezentant de înaltă valoare științifică, ca medic și profesor.

Mulțumește de asemeni d-lui Profesor *Grigoriu*, pentru invitația ce i-a făcut-o, să țină o conferință la Sibiu. De D-Sa îl leagă o veche prietenie de pe vremea când lucra ca intern în serviciul Profesorului *Toma Ionescu*, unde l-a admirat și l-a respectat, pentru munca și energia ce o manifesta alături de sa-

vantul chirurg român. Ii pare bine că-l regăsește cu aceeași energie și pasiune în lucru și cercetări de ordin științific.

Regretă și dânsul că, întâlnirea are loc în împrejurările și locul acesta, dar, ca și noi, simte în suflet speranța și ne dorește cât mai curând să ne întoarcem în Clujul nostru drag.

Trecând la dezvoltarea conferinței, spune:

Am ales subiectul **Apendicita subacută** pentru a atrage atenția asupra consecințelor survenite și observate de noi după operații.

Anatomia patologică a acestei afecțiuni este foarte redusă și nu i se dă importanța cuvenită. Leziunile prezentate de apendice au fost considerate leziuni foliculare. În afară de aceasta mai sunt leziuni ale seroasei și subseroasei și ale tunicii musculare.

Leziunile seroasei și subseroasei explică sindromul inițial în Clinică, dar nu-l întâlnim în totdeauna.

Foarte adeseori apendicele extirpat este la aspect un apendice sănătos, dar microscopic prezintă leziuni anatomo-patologice fără să fi fost manifestate sub forma de semne clinice.

Nu avem un substrat anatomo-patologic care să corespundă unei forme clinice. Majoritatea apendicitelor cronice prezintă leziuni anatomo-patologice de apendicită subacută.

Din punct de vedere anatomo-patologic nu avem un substrat specific acestei afecțiuni clinice, este o întrecație între forma cronică și cea subacută.

Clinic: este o formă oarecum dulce. Conferențiarul expune observația clinică a unui caz de apendicită subacută:

Temperatura 37—37,4. Constipație, dureri gastrice, dureri în punctul solar. Dureri abdominale pe marginea internă a cecului și porțiunea terminală a ileonului.

Greutate după masă și greață, uneori imediat (simptom de imprumut).

Debutul este insidios. Temperatura: subfebrilitate mergând până la 38 și stă deasupra lui 37 timp de 2—3 săptămâni. La femei face aceste puseuri înaintea epocelor catameniale.

Apetitul e variat, limba încărcată. Dureri la nivelul vezicii biliare.

Poate fi un sindrom combinat: apendico-colecistic. Dureri la presiune.

Radioscopia nu este totdeauna de mare ajutor, numai în caz de leziuni evidente găsim semne radioscopice.

Staza iliacă arată o leziune de apendicită subacută.

Radiografia: din profil.

Aceste boli prezintă leziuni tuberculoase ale seroasei și subseroasei și ale mucoasei. La intervenția chirurgicală găsim mici tuberculi pe seroasă; alteori aceștia nici nu se văd.

Diagnosticul diferențial: este de făcut cu tiflita, (foarte ușor se adaugă și un proces de tiflita).

Tratamentul: chirurgical. După operație, prescripțiuni generale pentru evitarea complicațiilor, (foarte des exudat peritoneal); apoi colita dr., colita acidă care duce la tuberculoză pulmonară. Enterita tuberculoasă duce la tuberculoză pulmonară în urma colitei acide.

În toate aceste cazuri socotesc de procedat în felul următor: Colaborarea între chirurg și internist înaintea acestei intervenții. Înaintea intervenției: repaus și tratament medical recomandat și în apendicita cr. și puseurile subacute cr. ale apendicitei. Inj. cu calciu = clorat de Ca intravenos și regim corespunzător și tratament medicamentos antiseptic și numai după 10 zile se poate opera.

După operație: regim adecuat, cură de tonificare, pudra intestinală, Bismut, ultraviolete.

Nu creiază un cadru special apendicita subacută

D-l Rector mulțumește conferențiarului pentru interesanta expunere și dă cuvântul d-lui Prof. Nițescu, pentru a-și desvolta conferința, despre: **Din domeniul relațiilor vitamino-hormonale, cercetări proprii.**

D-l Prof. Nițescu începe prin a-și mărturisi emoția ce o simte la revenirea în mijlocul foștilor colegi. Firește că ar fi dorit să-i regăsească la Cluj, unde i-a lăsat, dar crede și dorește, cât mai neîntârzia să ne reîntoarcem acolo unde drepturile noastre de afirmare științifică și națională ne impun și unde și la care cu atâta elan a contribuit și D-Sa, prin munca pe ogorul atât de arid al științei, timp de 2 decenii.

Întrând în subiectul conferinței, expune noțiunile mai noi asupra corelației vitamino-hormonale cu legătura lor sinergică sau antagonistă. Un astfel de exemplu este antagonismul dintre vitamina A și tiroxină. Metabolismul energetic la șobolani crește sub influența tiroxinei, constituind o biciuire a cheltuielii de energie. Voganul scade schimbul metabolismului gazos. La hipertiroidism mai ales la cel de natură basedoviană face să scadă metabolismul bazal; combinat cu tiroxina face să crească, dar departe de creșterea avută în urma administrării de tiroxină.

Corelație sinergică este între aneurină și insulină. Insulina + aneurina ar produce o mai bună folosire a zahărului.

Alt sinergism există între Insulină și Vitamina B1. Acidul lactic în avitaminoză se mărește foarte mult, dând lactacidemii până la 20—25—85—90 mgr. Vitamina B1 este un sensibilizant pentru hormonul neuro acetil colină (neuro-hormonul colinergic). Clorura de sodiu + Vit. B1 produce o sensibilizare a sistemului cardio-vascular față de acetil colina, la câine.

Pisica este mai sensibilă la acetil colină.

În hipovitaminoză este o sensibilitate mare pentru acetil colina.

Alt exemplu de sinergism este între Vit. C și pituitrină

Înceindu-și conferința cu expunerea experiențelor făcute în acest sens, d-l conferențiar termină interesanta D-sale conferință cu demonstrația acestor experiențe sub formă de filme.

D-l Rector, Prof. Dr. I. Hațieganu, președintele acestei ședințe, mulțumește d-lui Prof. Dr. I. Nițescu pentru interesanta D-sale conferință și-l roagă atât pe D-sa, cât și pe d-l Prof. Dr. Băltăceanu, cât și pe alți D-ni Profesori dela alte Universități, să mai poștească în sânul Societății noastre, pentru a conferința din domeniul specialității și activității domniilor lor, contribuind astfel — după cum a menționat și la început, — la cimentarea legăturilor interuniversitare pe teren științific și la schimbul de idei, cari contribuie așa de mult la progresul științei în general și în special la afirmarea noastră pe teren științific și național.

Dr. D. C.

SOCIETATEA MEDICALĂ A SPITALULUI MILITAR SIBIU

Sedința din 25 Sept. 1942.

Prezidează: D-l Prof. URECHIA.

Dr. T. Dragomir, șef de lucrări: Un caz de scleroză în plăci asociată cu boala lui Cushing.

Prezintă un caz din serviciul D-lui prof. Urechia cu simptome clinice de scleroză în plăci, forma clasică cu nistagm, vorbire scandată și tremurătură intenționată la care se mai constată în plus o adipozitate exagerată localizată la față și abdomen, respectând fesele și coapsele și la nivelul abdomenului și coapselor vergeturi foarte bine dezvoltate.

Autorul bazat pe localizarea tipică a adipozității și pe vergeturile localizate la același nivel cu adipozitatea, — pune diagnosticul de boala lui Cushing.

Asociația sclerozei în plăci cu boala lui Cushing este extrem de rară și încă ne amintită în literatura medicală.

Se pune întrebarea dacă nu cumva localizarea unei plăci de scleroză în ipofiză la nivelul lobului anterior ar putea explica apariția simultană a acestor două boli.

Prof. Dr. C. Urechia: Accidente nervoase datorită apei reci, (cu prezentare de caz).

D-l Prof. C. I. Urechia prezintă un caz de accident după o baie în apă foarte rece, cu simptome de hematomieli. Amintește de un caz identic observat cu câteva luni înainte și de câteva cazuri foarte reduse la număr publicate în literatura universală.

Med. Slt rez. Dr. C. Gheorghiu: Câteva cazuri de gușe parenchimatoase difuze, vasculare, rapid dezvoltate la copii de trupă din muzica Reg. 90 Infanterie (cu prezentare de cazuri).

Comunicarea de azi o fac asupra alor trei cazuri operate de subsemnatul în serviciul chirurgical al Spitalului Militar, care mi s'au părut că prezintă anumite particularități în ce privește etio-patogenia lor.

Primul caz: copil trupă Fechet Ion din muzica Reg. 90 Infanterie (cântă la trombon) originar din comuna Poptelec jud. Sălaj.

În ultimele 10 zile remarcă o îngroșare extrem de rapidă și difuză a regiunii cervicale anterioare. Este internat de medicul unității la 18 Iulie 1942, cu Dgn: Tiroidită.

Al doilea caz: copil de trupă Berețchi Gavrilă originar tot din comuna Poptelec, jud. Sălaj tot din muzica Reg. 90 Infanterie (cântă la fligorn).

Remarcă în ultimele două săptămâni o dezvoltare rapidă în grosimea gâtului ce interesează doar partea anterioară. Este de asemenea internat la 23 Iulie 1942, cu Dgn: Tiroidită.

La ambii, examenul local se arată că este vorba de o gușă difuză, ce începe imediat sub unghiurile mandibulei și interesează întreg corpul tiroid. Sunt ținuți în observație, primul dela 18 Iulie până la 30 Iulie 1942, al doilea dela 23 Iulie până la 21 August când ne dăm seama că nu poate fi vorba de fenomene acute, care dau naștere la această tumefacție cervicală exterioară.

Al treilea caz: Caporalul Muntean Ilie din com. Turnișor jud. Sibiu, care de aproximativ 2 luni cântă și el la un aparat de suflat la muzica Reg. 90 Infanterie.

Prezintă din 1941, gușe, care însă nu l-a jenat. În ultimele săptămâni, însă gușa a luat o dezvoltare rapidă, ajungând la mărimea aproximativă a unui ou de găscă, de ambele părți ale regi. cervicale anterioare.

La intervenție mi-au prezentat tumori apreciabile difuze, în parenchia și mai ales pe suprafața gușei, adevărate impletituri venoase.

Operațiile au decurs fără accidente.

Vindecare prin evoluție normală.

Am ținut să prezint aceste cazuri pentru faptul că nu mi-a fost dat să văd încă în clinică o astfel de rapidă dezvoltare de gușă, pe un corp tiroid normal, până în ultimele 10—14 zile.

Aditem factorul etiologic legat de regiune, (primele două cazuri din Sălaj), dar faptul că cel de al treilea caz originar din jud. Sibiu, unde numărul gușăților este de asemenea apreciabil, face totuși în ultimele săptămâni o dezvoltare așa de rapidă a gușei sale preexistente, încât mă face să incriminez că efortul „suflării” este un spin iritativ ce dă o lovitură de bici corpului tiroid normal sau predispus.

Cu toții au prezentat gușe vasculare.

Cunoaștem de asemenea gimnastica vasculară la nivelul gâtului în timpul efortului suflatului, ceea ce poate constitui un motiv în plus spre a da oarecare importanță acestui moment patologic.

Med. Sbl rez. Dr. St. Gârbea și Med. Sbl. Limpede Gh: Tumoră retroauriculară dreaptă recidivată, grefată pe cica-trice de trepanație mastoideană și cu etiologie necunoscută. (Apare în articol).

Medic Sbl. rez. Dr. Petrișor Viorel: Diverticol duodenal paraulceros.

Soldatul C. E. în vârstă de 34 ani din Reg. 42 Artilerie se prezintă la Spitalul Militar cu dureri în regiunea epigastrică. În

antecedentele eredo colaterale nimic important. In antecedente personale un şancru sifilitic cu reacţia Wasserman pozitivă în anul 1932 pentru care şi-a făcut tratament aproximativ 10 serii de Neosalvarsan şi Bismut.

Boala actuală datează de acum 5 ani, debutând cu dureri în regiunea epigastrică cu iradieri în ipocondrul drept şi regiunea lombară dreaptă care survineau a jeun şi în timpul nopţii. Durerile erau foarte puternice silind pe bolnav să ia atitudini forţate fiind însoţite şi de gurgitaţiuni acide. În timpul unei crize dureroase este operat de apendicită, după operaţie fenomenele se atenuează fără însă a dispăre, păstrându-şi aceeaşi ritmicitate.

Din Mai 1942 durerile survin neregulat, uneori ziua, alteori noaptea, uneori înainte, alteori după mâncare luând forma de crize foarte puternice, care ţin 15—20 minute. Durerile sunt însoţite de vărsături alimentare sau bilioase.

La examenul obiectiv: de statură mijlocie, tegumente şi mucoase normal colorate, ţesut celulo-adipos păstrat şi sistem osos intact. Reflexele pupilare şi tendinoase normale.

La aparatul circulator şi respirator nimic deosebit.

La aparatul digestiv sensibilitate în regiunea duodeno-vezicală la palpare. Ficatul şi splina nu se palpează.

Acidităţile: A jeun HCl = 14

A. T. = 25

După dejun de probă HCl = 35

A. T. = 55

Reacţia Wasserman negativă.

Reacţia Witevschi parţial pozitivă.

La examenul radiologic: Stomac formă de cârlig normal situat, desen de gastrită, — peristaltism, secreţie, evacuare bună.

Bulb duodenal neregulat, ambele recese şterse bulbul fiind transformat într'un canal sinuos neregulat. Pe curbura mică a bulbului o nişă de mărimea unui bob de mei cu bulă de gaz la acest nivel (radiografie). Pe curbura mare un diverticol de mărimea unei alune cu un pedicol fiind aşezat contra lateral de nişă.

La examinări repetate şi pe radiografii făcute, în serie se constată că acest diverticol are diferite forme uneori prezentând curbura neregulate şi neevacuându-se în totalitate.

Avem de-aface cu un diverticol duodenal paraulceros probabil provocat prin hipertensiunea din bulbul duodenal datorită ulcerului şi proceselor cicatriciale dela acest nivel (diverticol prin presiune). Probabil mucoasa, la nivelul curburii mari a bulbului a cedat şi s'a format această imagine diverticulară.

Simptomatologia cu care se prezintă acest diverticol este caracteristică pentru ulcer duodenal, totuşi, durerile în formă de crize puternice neritmate de alimentaţie care survin de câteva luni, precum şi neregularitatea curburii acestui diverticol ne face să credem că pe simptomatologia ulcerului duodenal s'au grefat şi simptome de inflamaţie a acestui diverticol.

Ceea ce este interesant este şi din punct de vedere etiologic bolnavul având înainte de 10 ani un sifilom primar cu reacţia Wasserman pozitivă şi cu tot tratamentul, prezentând încă şi astăzi reacţia Witevschi parţial pozitivă.

Revista cărţilor

Operaţiunile gynecologice şi principiile lor anatomo-topografice (Die gynäkologischen Operationen und ihre topographisch-anatomischen Grundlagen) de Prof. Dr. Med. Heinrich Martuis. 2. Verbesserte Auflage 1941. Un volum de 414 pagini.

Deja I-a ediţie a acestei cărţi, apărută la 1937, a fost bine primită de lumea medicală şi mai ales de specialiştii.

Ea cuprindea tot ce trebuie să ştie un gynecolog operator pentru a fi ferit de surprize în chirurgia acestei specialităţi. Împărţită pe capitole, iniţial treptat, cu fiecare capitol ce se citea, pe începător în această specialitate, iar cel care era familiarizat cu executarea operaţiilor gynecologice găsea în explicaţiile din text sau vedea clar în planşele admirabil redată, procedeele noi şi toţi timpii operatori ai diferitelor operaţii.

Începând cu tehnica laparotomiei şi diferitele incizii pentru deschiderea abdomenului, şi suturile pentru închiderea lui, descris cu lux de amănunte în cap. I, şi mergând până la descrierea celei mai grele operaţii de specialitate, hysterectomia largă după Wertheim, cu prepararea ureterului admirabil demonstrată, cartea Profesorului Martuis constituie nu numai un îndreptar pentru chirurgul care ar dori sau ar avea nevoie de precizarea unor timpi sau chestiuni în această specialitate, dar şi o bună carte de călăuză, la nevoie, pentru specialist.

Sunt diferite procedee de operaţii şi diferite operaţii conservatoare pentru uter şi fibromele acestuia, cu enuclearea nodulilor şi sutura lor, hemisecţiunea uterului şi op. lui Beuttner etc., sau pentru trompe, în sterilitate, ca salpingostomia după Halban şi Nuberger, şi implantarea tubei şi ovarelor în uter, ca şi procedeele de sterilizare făcute asupra trompei, mai ales cea inghinală după Menge, — cari toate contribuie ca această carte să se impună celui mai pretenţios specialist.

Apoi operaţiile de redresare a poziţiei uterului, de hysteropexie, directă sau indirectă, dela cele mai clasice până la exohysteropexia lui Kocher, sunt toate descrise şi explicate amănunţit şi magistral demonstrate.

În capitolul al II-lea se găsesc descrise operaţiile pe cale vaginală pentru extirparea uterului şi a anexelor, toate operaţiile până la hysterectomia şi anexectomia Wertheim pentru cancerul colului, precum şi operaţiile făcute asupra porţiunii vaginale, operaţii conservatoare, foarte mult utilizate de şcoala franceză, ca diferite amputaţii, plastii (proc. Sturmdorf) etc.

Mai sunt descrise în acest capitol: operaţiile de plastică vaginală, colporafiile anterioare şi colpoperineorafiiile, apoi hysterotomia vaginală anterioară, ca şi colpo-coeliotomia posterioară în colecţiile Douglasului, ca şi operaţiile de redresare pe cale vaginală a poziţiei patologice a uterului: interpoziţia vezico-vaginală a uterului după Schauta—Wertheim, sau operaţia lui Küstner în inversiunea uterului, apoi operaţiile asupra vaginului, vulvei şi anexelor ei, ca şi cele pentru malformaţiile acestora.

Complicaţiile urologice ale organelor genitale, fistule etc. sunt descrise pentru toate operaţiile de făcut asupra lor, în capitolul III.

Nu s'au neglijat nici operaţiile pentru conexiunile gynecologice cu chirurgia generală (dacă se poate spune aşa), ca herniile (inghinale, urale, crombilocale, abdominale) în diastaza dreptilor sau în cicatrici rău consolidate după laparotomie etc., cari sunt tratate în capitolul V.

În capitolul VI se face chirurgia abdominală generală de care nu poate fi scutit un gynecolog, ca: rezecţia de intestin (subţire sau gros) anus contra naturii, apendicectomie, etc.

Apărută astfel la 1937 ca primă ediţie, cartea Profesorului Martuis, a fost considerată şi primită ca un tratat complet, cu-

Vitamina D

ASOCIATĂ COMPLE-
XULUI ENDOCRIN ȘI
EXTRACT HEPATIC

INDICAT IN
RACHITISM,
CREȘTERE, LIMFATISM,
DEBILITATE, ASTENIE,
SURMENAJ, CONVALES-
CENTA, INFECȚIE, FRAC-
TURI, SARCINĂ,
ALĂPTARE.

**SPLENO
CALCIUM**

irradié



TUSSOFAG

**SPECIFIC
AL
TUSEI**

INDICAT IN TOATE
AFECȚIUNILE
BRONCHO - PULMONARE
BRONȘITE CRONICE,
EMFISEM PULMONAR
PNEUMONIE, BRONCHO-
PNEUMONIE, PLEURESIE,
ASTM, BACILOSE
INCIPIENTE.

Mostre gratuite la cerere
MEDIROM S. A. R.
BUCUREȘTI IV — STR. OLARI 23
TELEFON 2.39-46

CEPHALO

Mostre gratuite la cerere:

MEDIROM S. A. R. BUCUREȘTI IV — STR. OLARI 23 — Tel. 2.39-46

**AMIGDALITE
CRONICE ȘI ACUTE
LARINGITE, FARINGITE
STOMATITE, GINGIVITE**

GARGARISME

TIMOL, FENOSALIL, GLICERINĂ, ALCOOL DE MENTĂ

Se vor face gargarisme cu o
linguriță la un pahar cu apă

CHAUVIN

**TOATE INFLAMAȚIUNILE
NASULUI, A FARINGELUI
NASAL ȘI BUCAL**

ANTISEPTOL

RHINOFARINGITE, SINUZITE, HIPERTROFIA
CORNETELOR, VEGETAȚIUNI ADENOIDE, OTITE

MENTOL, CAMFOR, EUCALIPTOL
CLORETON, OL, PARAFENIN

Se va picura de 2-3 ori
pe zi câte o gută în fiecare
nas

Mostre gratuite la cerere:

MEDIROM S. A. R. BUCUREȘTI IV — STR. OLARI 23 — Tel. 2.39-46



EUPHORYL

DERMATOSE PRURIGINOSAE
PRURIT
ANAPHYLAXI CUTANATE
INTOXICAȚIUNI

3 CACHETE PE ZI
CAZURI ACUTE
INFECȚIUNI INTRAVENOASE

Creat și experimental în Spitalul din Paris.

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL, PARIS



Euphoryl infantil

(GRANULE SOLUBILE)

TURBURĂRI DIGESTIVE
DERMATOSE
PRURIȚE
ANAPHYLAXI ALIMENTARE
INSUFICIENȚĂ HEPATICĂ

POSOLOGIE
1 linguriță de cafea după orele de vârmă

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL, PARIS



hirudinase

IDRAGELEI

DOZĂ MIJLOCIE : 4-6 DRAGELE PE ZI

INSUFICIENȚĂ VENOASĂ
INFECȚIUNI VASCULO-SANGUINE
FLEBITE-SEPTICEMII
AMENORRE

Primul produs specializat cu bază de extract de țigărie
Creat și experimental în Spitalul din Paris.

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS



Salicylate

SURACTIVE
"ANA"

SALICILAT DE SODIU
IN FARMACIA
CALCO-MACHESIANE
TOSULFAT

COEFICIENTUL DE PIESARE
Salicilat în mg
Temperatură : 170 °C

32 gr.
SALICILAT 100%
SURACTIVE
ANTIDOTIC

Cele 4 avantaje :

- 1 - Supraactivare 170 %
- 2 - Gust agreabil
- 3 - Toleranță perfectă
- 4 - Concentrație mare

Reumatism - ALGII
INFECȚIUNI-SEPTICEMII
TURBURĂRI HEPATICE

LABORATOIRES "ANA", 18 AVENUE DAUMESNIL - PARIS, XII

Mostre gratuite la cerere :
MEDIROM S. A. R. BUCUREȘTI IV — STR. OLARI 23 — Tel. 2.39-46

prinzând amplu descris, just și plastic demonstrat, tot ce trebuie să știe și să facă în orice împrejurare ar fi pus în specialitatea lui gynecologul chirurg.

După 4 ani autorul își revizuește cartea și o completează cu descrierea operațiilor: lui Cotte (rezeckia nervului presacrat), lui Schauta—Stoeckel, în cancerul colului uterin, și a lui Labhardt, pentru prolapsul uterin, la femeile bătrâne așa numita subtotala Kolpoperineokleisis.

Astfel este concepută ediția a II-a, care apoi a fost tradusă în limba engleză de Profesorul Dorland și e în curs de traducere în limba spaniolă.

Repartizând operațiilor de natura chirurgiei generale, menționate mai sus, un capitol special, autorul a făcut tot ce credea că este bine pentru a fi cât se poate de complet în pregătirea specialistului, totuși nu înțelegem de ce nu a descris și mai sumar chiar, operațiile asupra mamelelor, pentru afecțiunile acestora (chiste, cancer, etc.), pe care un gynecolog le întâlnește în specialitatea lui și trebuie să le rezolve.

Credem noi că, descriind, sau menționând, sau demonstrând și aceste operații, cari încă fac strânsă parte din specialitatea gynecologiei, cartea aceasta a Profesorului Martius ar fi și mai completă.

Oricum, ea rămâne, după cum am afirmat, un îndreptar absolut necesar pentru chirurg în general și pentru specialist în deosebi, iar pentru orice medic, în biblioteca lui, o cinste și un bun gust.

Dr. D. Căprioara.

Elemente de fiziologie, tratamentul și alimentația nou născuților și sugarilor, pentru studenți, medici tineri și moașe (Grundriss der Physiologie, Behandlung und Ernährung des Neugeborenen und Säuglings für Studierende, Jungärzte und Hebammen) de A. Haas. Ed. Ferdinand Enke, Stuttgart 1941; VII. Un volum de 84 pagini, cu 27 ilustrațiuni, prețul R. M. 2 80.

Autorul ia în considerare viața și dezvoltarea copilului la sânul mamei și nu uită nici grija importantă a nou născuților. Într-adevăr începe dela primul strigăt al copilului, asupra sfaturilor practice, raportându-se la primul echipament al copilului, camera, patul, baia, exerciții gimnastice, scoaterea în aer liber, educația sugarilor. Ajungând la partea principală a cărții lui, dă cea mai mare importanță alimentației. Ia în considerare toate cunoștințele noi în această direcție. Limbajul este ușor de înțeles, textul este ilustrat prin mai multe schițe. Cartea poate fi întrebuințată de medicii tineri, studenți și moașe, dar se poate recomanda fiecărei mame.

E. Mihalca

Despre așa zisele ritmuri cosmice la om (Über sog. kosmische Rhythmen beim Menschen) de B. de Rudder. Ed. G. Thieme, Leipzig 1941. Un volum de 47 pagini, prețul broșat R. M. 1 80.

Autorul cercetează relațiile atât de discutate între fenomenele fizio- și patofiziologice la om și între așa zisele procese cosmice. Dă definiții clare și lămuriri detaliate critice asupra lor. Noțiunea de cosmic trebuie echivalată cu extraterestru. Cele mai multe influențe extraterestre normale sau patologice asupra omului sunt însă indirecte, sau trebuiesc considerate chiar pur terestre. Ele sunt consecințele modificărilor atmosferice, geofazice, cari la rândul lor, în parte, pleacă din alte corpuri cerești. Ritmul de zi al omului trebuie considerat sub aceste puncte de vedere, cari vor duce cu timpul la interpretarea lui. La fel trebuiesc privite și ritmurile periodice lunare și solare, întru cât ele pot fi peste tot dovedite. Toate aceste chestiuni aparțin bioclimaticii și sunt încă aproape în întregime nesoluționate.

Gh. Popoviciu

Dovezi nouă referitoare la dezvoltarea sistemului tiro-paratiro-timic și al arcului arterial al V-lea la șoarecele alb de Dr. C. Crișan. Tipografia „Cartea Românească din Cluj”. 74 pag. Sibiu, 1942.

În acest volum autorul ne prezintă o lucrare de ansamblu asupra problemei dezvoltării sistemului tiro-paratiro-timic și al arcului arterial al V-lea la șoarecele alb. Autorul este pasionat de acest studiu de multă vreme, a început deja cercetările în această direcție pe când a lucrat în Institutul de anatomie din Heidelberg. Unele părți din această valoroasă lucrare au apărut deja în „Zeitschrift für Anatomie u. Entwicklungsgeschichte” și au fost citate în importantul tratat: „Handbuch der Mikroskopischen Anatomie des Menschen”. În lucrarea de față se prezintă o serie de date noi, complet originale și de importanță covârșitoare pentru problema în studiu. Întreagă lucrarea este caracterizată prin meticulozitate, precizie în execuție și rezervă în ce privește enunțarea concluziilor.

De sigur că lucrarea este de o importanță considerabilă în primul rând pentru specialiștii, cari se ocupă cu probleme din acest domeniu, dar nu este mai puțin adevărat că, datele prezentate de autor au importanța lor pentru orice endocrinolog, pentru că convingerea exprimată de autor la sfârșitul lucrării este complet îndreptățită, în sensul că o revizuire a rezultatelor, făcute pe serii complete de embrioni, ar duce la unele modificări în ceea ce privește cunoștințele noastre actuale referitoare la originea și la dezvoltarea sistemului tiro-paratiro-timic și vascular la unele mamifere.

I. Gavrilă

Revista revistelor

INTERNE

Leziuni cardiace pneumonice. (Pneumonische Herzscheidigung) de Otto Spühler. Schw. Med. Wschr. Nr. 40, 1942, pag. 1099—1102.

În legătură cu o observare se discută leziunile cardiace în decursul pneumoniei. O mare parte a bolnavilor cu pneumonie arată modificări cari denotă leziuni cardiace. Aceste leziuni în majoritatea cazurilor sunt de natură pasageră, fără urmări și constau din modificări ale musculaturii cardiace de natură inflamatorie și parenchimatoasă. Ele se pot pune în evidență atât electrocardiografic, cât și radiologic. Afară de aceste modificări ușoare se pot produce însă leziuni grave, ireparabile, cari pot conduce la tulburări constante de conductibilitate, dilatațiune cardiacă, etc. Nu sunt rare nici leziunile pericardului și endocardului.

Anemie ipocromă după rezeckione de stomac. (L'anémie hypochrome après résection d'estomac) de G. Hemmeler. Schw. Med. Wschr. Nr. 40/1942, pag. 1105—7

Aparițiunea unei anemii ipocrome după rezeckia de stomac este frecventă mai ales la femei. Simptomatologia acestei anemii este aceea a unei anemii ipocrome prin lipsa de fer. Este indispensabil, ca acești bolnavi să fie tratați cu o sare feroasă ionizată și stabilizată. Această concluzie autorul și-o bazează pe studiul a 12 cazuri femei cu menstruație, 10 femei în menopauză și 32 de bărbați, cari au suferit o rezeckie de stomac în clinica chirurgicală din Lausanne.

Osteodistrofiile hepatogene. (Les Ostéodystrophies hépatogènes) de Georges Maior, Schw. Med. Wschr. Nr. 38/1942, pag. 1042—43.

Autorul constată în cursul alteraţiunilor hepatice alteraţiuni osoase, a căror caracter depinde de intensitatea leziunii hepatice, şi cari sunt mult mai accentuate în cazurile cu icter. În virtutea caracterelor anatomo-patologice biologice ale afecţiunii osoase, osteodistrofia hepatogenă trebuie clasată în cadrul osteodistrofiilor endogene şi în special a osteodistrofiilor splanchnice sau splanchnogene, tot aşa ca osteodistrofia renală sau pancreatică.

Diagnosticul trichinozei cu ajutorul testului cutanat şi a reacţiunii de fixare a complementului. (Die Diagnose der Trichinose mittels Hauttest und Komplementbindungsreaktion) de Dr. Harald Staeth. Dtsch. Med. Wschr. Nr. 38, 1942, pag. 935—38.

Metoda simplă a cercetării testului cutanat cu antigenul de trichină preparat de I. G. Farben a dat rezultate bune. Este necesară nu numai reacţiunea precoce, însă să se citească şi reacţiunea tardivă. În toate cazurile sigure reacţiunea a fost pozitivă, cazurile dubioase au putut fi lămurite cu ajutorul numărului euzinofililor. Cercetările de control pe sănătoşi au dat rezultate negative.

Reacţiunea de fixare a complementului trebuie făcută minuţios şi este mult inferioară metodei cu testul cutanat. I. G.

*

INFECŢIOASE

Asupra turburărilor în funcţiunea intestinului subţire după dizenterie şi tratamentul lor. (Über Dünndarmfunktionsstörungen nach Ruhr und ihre Behandlung) de Dr. Hans Siedek. Wr. Klin. Wschr. 1942, Nr. 34, pag. 666—68.

Se constată la un număr însemnat de bolnavi, cari au suferit de dizenterie şi unde vindecarea a progresat foarte încet turburări în rezorbţia grăsimilor, cari denotă fenomene de enterită. Aceste turburări sunt prezente mai ales la bolnavii cari au prezentat fenomene reumatice. S-au observat cazuri de icter parenchimos, care a suferit de o dizenterie înainte icterului. Şi în aceste cazuri se constată turburări persistente în rezorbţia grăsimilor, chiar şi după trecerea icterului. Enterita cronică pare a fi cauza icterului în aceste cazuri.

Nu este necesar de a considera aceste turburări după dizenterie ca şi fenomene alergice. În tratamentul acestor turburări în rezorbţia grăsimilor dela convalescenţă de dizenterie joacă rol important preparatul nicobion, preparatele de pancreas, aceste ultime fiind de folos mai ales când există concomitent şi o achilie.

Turburările în rezorbţia grăsimilor la indivizii convalescenţi de dizenterie cu fenomene intense vegetative, sunt foarte greu influenţate prin medicamente.

Asupra critice fenomenului de stingere în scarlatină. (Zur Kritik des Auslöschphänomens beim Scharlach) de Dr. Essen und Dr. Danneel. Med. Welt 1942 Nr. 11.

Fenomenul de stingere întrebuiţând ser antiscarlatinos este pozitiv în 80% a cazurilor. Din aceasta rezultă, că în cazuri izolate cu reacţia negativă o scarlatină nu trebuie să fie exclusă.

Întrebuiţând ser uman normal, reacţiunile pozitive sunt la fel 80—90%.

Serul dela indivizii scarlatinoşi stinge în 47% a cazurilor în prima zi de boală. Prin aceasta se limitează şi importanţa în diagnosticul precoce al scarlatinei a aşa numitului fenomen de stingere inversat.

Des fenomenul de stingere are un aspect inelar cu o papulă roşie centrală.

În 70 de cazuri de angine nu s'a reuşit a se dovedi o înrudire biologică cu scarlatina cu ajutorul fenomenului de stingere inversat.

Serul bolnavilor de difterie are cele mai dese ori capacitatea de stingere. I. G.

Rezultate noi în tratamentul cu eubasină al pneumoniei copiilor. (Neue Ergebnisse der Eubasinumbehandlung bei Pneumonie im Kindesalter) de J. Cannière. Münch. Med. Wschr. 1941, pg. 1015.

Până la sfârşitul lunii Aprilie 1941 sunt total 103 cazuri de pneumonie la sugaci, copiii mici şi copiii mai mari, tratate cu eubasină. Scăderea temperaturii la cei netrataţi cu pneumonie crupoasă s'a făcut numai ziua a 7-a, sau a 8-a, la cei trataţi în cele mai multe cazuri deja la 24—48 ore după administrarea eubasinei. Urmarea tratamentului cu eubasină după scăderea temperaturii, nu exclude o urcare din nou a temperaturii. Pentru aceasta se recomandă în vederea complicaţiilor (lipsa poftei de mâncare, vărsături), ca eubasina după scăderea temperaturii să nu se mai dea, ca la o nouă urcare de temperatură să fie administrată din nou 1—2 zile, pentru a se obţine o scădere definitivă a febrei. Dacă urcarea de temperatură e în legătură cu o complicaţie (urechia sau pleurezia), tratamentul cu eubasină e fără folos. Fizic şi radiologic se obţine o rezorbţie mai rapidă a infiltratului pneumonic. După scăderea celora cari au murit în primele 24 ore şi a celora cari numai după 6 zile de boală au fost trimişi în spital, rezultă mortalitatea la cei 54 de bronhopneumonii fără tratament cu eubasină, 6 cazuri mortale, 11,1%; la 38, trataţi cu eubasină 2 cazuri mortale; 5,2% la pneumonie complicată cu tuse convulsivă, nu s'a observat rezultat. La turburările gastro-intestinale eubasina să fie administrată în injecţii.

E. M.

*

PEDIATRIE

Vitamina D₂ şi D₃ şi A. T. 10 în deficienţa congenitală tiroidiană şi paratiroidiană. (Vitamins D₂ and D₃ and A. T. 10 in congenital thyroid and parathyroid deficiency) de H. Himsforth şi Maizels. Lancet I. 1940, pag. 959.

Este vorba de un bolnav cu — 25% metabolism bazal şi ipocalcemie, cataractă, accese de tetanie şi epilepsie (şi acestea au dispărut cu ipocalcemia). Dozele mari de vitamină date, sunt superioare preparatului A. T. E. M.

Tratamentul de asalt cu vitamina D. (Der D Vitamin-Stoss) de B. de Rudder. Erg. inn. Med. Vol. 60, 1941, 275.

Tratamentul cu vitamina D a fost indicat de Schirmer din clinica lui Opitz şi de Harnapp, după ce Vollmer în 1927, Petényi în 1929 şi Götche în 1930 au mai încercat dozele unice sau mici de vitamină D. Tratamentul are peste tot indicaţiile terapiei cu vitamina D, adică rahitismul florid şi alte sări terapeutice înrudite. În tetanie trebuie aplicate în acelaşi timp mijloacele generale obişnuite până aci, adică suprimarea laptelui în hrană pe mai multe zile, doze mari de calciu şi administrarea dozei masive de vitamină D, mai curând 12 ore după începerea aplicării acestor măsuri. În special e indicat tratamentul infecţiunilor acute, cu deosebire al pneumoniei şi tusei convulsive, survenite în rahitism. În rahitismul renal, e patogen şi intestinogen, survenit adică în mod secundar, rezultatul este încetinit şi trecător, din cauza persistenţei factorului rahitogen. Profilactic moaşele şi medicii trebuie să administreze doza masivă de vitamină D încă la sfârşitul perioadei de nou născut şi pentru a doua oară în luna 4. Prematurii trebuie să ia prima doză masivă la 6 săptămâni, a doua 2—3 luni mai târziu. Doza medie profilactică şi terapeutică e de 7,5 mgr.; în complicaţii, spasmofilie, infecţii şi în rahitismul grav, 15 mgr. doza de 15 mgr. trebuie mărită de obicei numai în rahitismul tardiv (fiind greutatea corpului etc., deci şi trebuinţa de vitamină mărită la multiplu). Dozele arătate se pot repeta la nevoie după 4—6—8 săptămâni. Gemenii prematuri primesc 1½—2 ori doza copilului mic, de aceeaşi greutate. Administrarea obişnuită e pe cale bucală. La copiii cari varsă, nu pot înghiţi, sau au diaree, doza masivă se

aplică pe cale parenterală. Pe cale bucală vitamina D₃ e superioară, dar numai foarte puțin, vitaminei D₂. Însă nu se poate afirma în baza cercetărilor de până aci, dacă în administrarea pe cale parenterală ar exista deosebiri între vitamina D₂ și D₃. Se resorb 93% din cantitatea introdusă. Se pare, fără a se fi putut însă dovedi, că depozitarea se face în ficat și piele. Tratamentul de asalt n'a dat accidente mai îngrijătoare, nici chiar în supra-dozi.

Gh. P.

Asupra cauzelor edemelor în tetanie. (Über die Ursache der Ödeme bei tetanie) de E. Freudenberg. Annales Paed. Vol 158, 1947, 34.]

Autorul arată, în baza datelor experimentale și clinice, că edemele din tetania infantilă se explică printr-o mărire a permeabilității vasculare, consecutive ipocalcemiei. Tendința specială a celor mai multe forme de tetanie (infantilă, în urma tusei convulsive, tetano-epilepsia adulților) de a produce stări spastice generalizate, se poate explica printr-o idratare anormală în urma unei permeabilități mărite prin ipocalcemie.

O. P.

*

NEUROLOGIE

Sur quelques cas d'accidents du traitement rabique de Prof. Dr. C. I. Urechia și Dr. M. Müller. — Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie. Vol. 105, Nr. 4. — 1942.

Se comunică observațiunile alor 7 cazuri de accidente survenite în decursul tratamentului antirabic la un scurt timp după tratament.

În două din aceste cazuri tratamentul a fost administrat fără ca indivizii să fi fost mușcați de câine.

Alte două cazuri a fost examinate anatomo-patologic constatându-se tabloul tipic al turbării, leziunile având o afinitate însemnată pentru substanța medulară și bulbo-protuberanțială, cu o inflamațiune marcată a substanței negre a lui Sömmerring.

Autorii cred că în toate cazurile e vorba de virus fix sau supra-activat al turbării.

În partea primă a acestui articol se insistă asupra frecvenței acestor accidente, asupra simptomelor clinice și asupra etiologiei lor, arătându-se că în starea actuală a cunoștințelor noastre nu este posibil a defini în mod clar etiologia simptomelor paralitice.

Hemiplegie syphilitique et tabès vésical de Prof. Dr. C. I. Urechia. — Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie. Vol. 104, Nr. 4—5 — 1942.

Se publică observațiunea unui caz, prezentând următoarele date interesante: la etatea de 19 ani infecțiune sifilitică, la 46 ani se constată semnul lui Argyll-Robertson pozitiv și o puncție lombară cu reacțiuni de asemenea pozitive; la 48 de ani crize gastrice, turburări de micțiune și impotență sexuală. La 50 de ani se produce o hemiplegie stângă. La examenul cistoscopic se constată o vezică tabetică. Existența concomitentă a unui tabes frust și a unei hemiplegii sifilitice cu păstrarea reflexelor ar putea să lase fără explicațiune suficientă etiologia turburărilor urinare în lipsa unui examen la vezice care trebuie practicat în fiecare caz. Se insistă asupra rarității turburărilor urinare în hemiplegie, care s'ar putea explica numai prin prezența unor leziuni cerebrale bilaterale sau printr-o turburare intelectuală.

Une complication nerveuse rare après l'extraction d'une dent de Prof. Dr. C. I. Urechia și d-na Dr. Al. Retezeanu. — Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie. Vol. 105, Nr. 4—1942.

Se publică observațiunea cu totul rară a unei caz prezentând imediat după extracția dentară următoarele simptome: feb. de 38,4, simptome cerebeloase, paralizii nervilor motori oculari,

turburări bulbare, astereognozie, fenomene de iritațiune piramidală (hemipareză dreaptă). La examenul local se constată o plagă îngrijită suficient, infectată și necicatrizată, iar la examenul radiografic se constată un rest de rădăcină. În urma tratamentului cu prontosil, betaxină și tratamentul local al plăgii s'a obținut o vindecare completă în decurs de 30 zile.

Dr. T. Dragomir

Volumetrie craniană, cerebrală și ventriculară combinată. (Volumetrie cranienne, cérébrale et ventriculaire combinées) de R. de Montmollin — Schw. Med. Wschr., Nr. 38-1942, pag. 1038—42.

Metoda utilizată de autor pare a rezolva cu mai multă precizie și mai multă nuanțare problema pusă de Reichardt, grație ventriculometriei introdusă recent de către F. Morel. Ea se aplică înainte de toate proceselor cerebrale difuze sau simetrice. Cercetări ulterioare, făcute pe un ansamblu mai important de creere grupate după afecțiune sau după vârstă, vor preciza interesul anatomo-patologic al metodei propuse. Procedul F. Morel rămâne metoda de ales pentru studiul proceselor localizate și unilaterale.

I. G.

*

DERMATO-VENEROLOGIE

(Spitalul de boli sociale Brașov)

Vitamina P. drum nou în tratamentul eczemei. (Das permeabilitätsvitamin P. als neuer Weg in der eczembbehandlung) de Schäber. — Münchener Med. Wochens. J. 83, Nr. 36, S. 986 (1941).

În eczemele acute și cronice curbele permeabilității joacă un rol important. Astfel aplicarea factorului permeabilității P. (Citrin) constituie o posibilitate terapeutică favorabilă. Autorul a supus acestui tratament 158 de cazuri de eczemă, forme foarte diferite. În unele cazuri administrarea o singură dată a 100—160 de drajeuri citrin a adus rezultate uimitoare. Mai recomandabil este tratamentul combinat, aplicând vitamina P. per os și parenteral (zilnic intra-venos 3 cc citrin sau 3—4 injecții pe săptămână intra-muscular). Indicația cea mai mare a vitaminei P. o reprezintă dermatita toxică. În cazurile cronice rezultatele sunt de așteptat după 10—15 injecții. Vitamina P. s'a mai dovedit utilă în dermatitele toxice salvarsanice, eczeme climatice, eritrodermii, dermatită seboreică. Vitamina P. ar acționa asupra sistemului nervos vegetativ și în mod secundar asupra permeabilității vaselor și celulelor.

Dr. Emil I. Bologa

Tratamentul blenoragiei fetițelor și sugarilor. (Behandlung der Gonorrhoe der weiblichen Säuglinge und kleinen Mädchen) de Szentkiralyi — Dermatologische Wschr. Bd. 113, Nr. 39, S. 802 (1941).

Vulvo-vaginita gonococică este tratată de multeori cu sulfamide și administrare de foliculină. Acest tratament a redus mult durata tratamentului. Acțiunea celor două tratamente este cu totul diferită. Administrarea hormonului modifică epiteliul vaginal, deci este vorba despre o acțiune terapeutică pur biologică, în timp ce sulfamidele reprezintă o chemoterapie pură.

Desavantagiile terapiei sulfamidice constau în apariția exantemelor medicamentoase și turburări ale tabloului sanguin. Autorul recomandă ca cea mai fericită terapie aplicarea alifiilor cu conținut de foliculină dând ca exemplu preparatul „Akrofolin” (alifie compusă din Eucerină, Lanolină, oleu de olive și 50% apă cu un conținut de 0,2 mgr. oestrodol — 17 monopropionat, pe gram de alifie). Aplicarea alifiei în vagin se face cu un cateter subțire de mătase. Autorul aplică alifia timp de 12—17 zile. După terminarea acestui tratament, face provocări timp de 3—4 săptămâni cu sol. dil. de lugol. Rezultatele au fost cele mai satisfăcătoare,

Noi am obținut în Serv. Spit. de boli sociale din Brașov rezultate bune prin administrarea Eleudronului, fără niciun alt tratament.

Dr. Emil I. Bologa

Există o lepră congenitală? (Gibt es eine Kongenitale Lepra?) de Büngeler. — Klin. Wschr. J. 20, H. 47, S. 1169-1171 (1941).

Examinându-se 300 de copii și făcând cercetări anatomice și histologice pe 60 de copii născuți din părinți leproși și care au fost izolați de mamele lor timp de 13 ani și supravegheați s'a tras concluzia că lepra congenitală este atât de rară, încât nu i se poate da nicio valoare practică. Nu a putut fi observat nici un caz de lepră transmisă intrauterin. În aceste cazuri este deci vorba despre infecții postnatale. Izolarea imediată a copilului de mama sa îl ferește pe aceasta de infecție.

Dr. Emil I. Bologa

Cercetări comparative relativ la resorbția și eliminarea Eubasinului, Albucidului și Globucidului. (Vergleichende Versuche über Resorption und Ausscheidung von E., A. und G.) de Keyser. — Klin. Wschr. J. 20, H. 51, S. 1267-1271 (1941).

Cercetările făcute asupra Sulfapiridinei (Eubasin) a Albucidului și a sulfetiltiodiazolului (Globucid) relativ la resorbția și eliminarea acestora, au adus următoarele concluzii:

1. Globucidul atinge o concentrație în sânge cu mult mai mare decât Eubasinul și mai ales Albucidul;

2. Eliminarea se efectuează mai repede la Eubasin decât la Albucid;

3. Fixarea de sânge a Globucidului este astfel mai labilă, contrar acestora a Eubasinului și mai ales a Albucidului asupra țesuturilor este mai puternică, de unde un efect terapeutic mai mare.

4. Eliminarea tuturor acestor preparate se face 80% prin urină, 10% prin materii fecale, indiferent dacă au fost aplicate intravenos sau peroral.

Dr. Emil I. Bologa

Contribuțiuni relative la profilaxia leucodermei. (Gedanken zur Prophylaxe der Leucoderma colli et nuchae) de Scholl — Derm. Wschr. Bd. 113, Nr. 49, S. 1005 (1941).

Leucoderma sifilitică este mai frecventă la femei decât la bărbați survenind 4-5 luni după infecție. Sediul cel mai des este pe gât. La bărbat putem observa leucodermă a întregului corp.

Formarea pigmentului este condiționată de factori chimici, mecanici, termici (căldura sobei, soarele). Va trebui să fim atenți mai ales la femeile cu un lues, în cursul tratamentului, cum acestea își feresc gâtul de soare prin îmbrăcăminte.

Dr. Emil I. Bologa

Relativ la etiologia pemfigusului nou-născuților (Zur Ätiologie des Pemphigus neonatorum) de Steinmauer. — Arch. Kinderk. Bd. 124, S. 166 (1941).

Pentru clarificarea problemei dacă și în P. nou-născuților ca și în dermatita exfoliativă pe lângă infecția stafilococică mai are o importanță și vre-un alt virus, care împiedică formarea epidermului și duce la ridicarea aceluia, au fost făcute injecții sterile, cutane, intramusculare și subcutane, prin filtrul Berkefeld, la alți copii. În transmisiunea cutană cu stiletul lui Pirquet s'au format bule fără stafilococi. Stafilococii se grefează probabil în mod secundar. Aceasta explică faptul că pe lângă stafilococi mai există un alt factor care decide producerea bulelor.

Dr. Emil I. Bologa

Contribuțiuni la cunoașterea prevenirii și tratării dermatitei salvarsanice. (Beitrag zur Kenntnis des Verhütung und Behandlung der Salvarsan dermatitis) de Scholl — Derm. Wschr. Bd. 113, Nr. 46, S. 944 (1941).

Înainte, pe lângă o dozare corectă a salvarsanului, accidentele reprezentau o raritate. Astăzi războiul aducând condiții economice care au redus posibilitățile de alimentație va trebui să căutăm în acest factor, cauza dermatitei salvarsanice. Să presupunem drept cauză o hipovitaminoză. Din acest motiv toți medicii care aplică salvarsanul vor trebui să cunoască bine această problemă trebuind să știe când este indicată întreruperea tratamentului salvarsanic, care sunt semnele de intoleranță și când se poate începe tratamentul cu salvarsan.

Temperaturile subfebrile, frisoanele, exantemele pruriginoase sau numai pruritul simplu, reprezintă simptomele cardinale ale debutului unei intoleranțe salvarsanice. Intervalele dintre cure trebuie stabilite la 3 luni. Doza de salvarsan să nu treacă peste 0,45 gr. și să fie dizolvată într-o soluție de Glucoză de 10%. Injecțiile vor fi făcute la un interval de 5 zile. Când dorim să reîncepem a da salvarsan unui bolnav care a prezentat semnele de intoleranță vom da salvarsanul împreună cu Cebion (200 mgr.).

Dr. Emil I. Bologa

Note și informațiuni

— În Monitorul Oficial Nr. 223 din 24 Septembrie 1942, a apărut regulamentul Nr. 32 pentru ocuparea posturilor de medici igienisti de plasă sau centre de sănătate; regulamentul Nr. 33 pentru ocuparea posturilor de medici șefi de județe și de municipii.

— În Monitorul Oficial Nr. 224 din 25 Septembrie 1942 au fost publicate următoarele posturi vacante în învățământul superior: un post de asistent la Clinica Medicală I din Iași, un post de asistent și un post de preparator la Facultatea de Medicină, Laboratorul de medicină legală din Iași, un post de desenator la Facultatea de Medicină, Laboratorul de Farmacologie din Iași.

— În Monitorul Oficial Nr. 225 din 26 Septembrie 1942 au apărut: regulamentul Nr. 34 pentru ocuparea posturilor de farmaciști șefi; regulamentul Nr. 35 pentru ocuparea posturilor de interni în farmacie; regulamentul Nr. 36 pentru ocuparea posturilor de medici școlari.

— În Monitorul Oficial Nr. 225 din 26 Septembrie 1942 Ministerul Apărării Naționale publică taxele ce se percep în spitalele și sanatoriile militare pentru consultațiuni, intervenții și tratamente medicochirurgicale, examene de laborator etc.

— În Monitorul Oficial Nr. 228 din 30 Septembrie 1942 au apărut decretele de numire a noilor

rectori și decani din învățământul superior, cari sunt următoarele: La Universitatea din Sibiu și la Facultățile de Medicină: D-l Prof. Dr. Iuliu Hațieganu, rector al Universității, Sibiu. D-l Prof. Aurelian Ionașcu, decan al Facultății de Drept, Sibiu. D-l Prof. D. D. Roșca, decan al Facultății de Filosofie și Litere, Sibiu. D-l Prof. V. Papilian, decan al Facultății de Medicină, Sibiu. D-l Prof. D. V. Ionescu, decan al Facultății de Știință, Timișoara. D-l Prof. Vintilă Ciocălțu, decan al Facultății de Medicină, București. D-l Prof. G. Tudoranu, decan al Facultății de Medicină, Iași.

— **In Monitorul Oficial Nr. 229 din 1 Oct. 1942** se publică de către Ministerul Sănătății următoarea mișcare în personalul medical: D-l Dr. Lisievici Constantin se confirmă definitiv în postul de director al Directoratului Sănătății din Chișinău. D-l Dr. Bulău Thiers se reintegrează pe ziua de 1 Nov. 1940 în postul de inspector general sanitar al regiunii Iași în baza deciziei contenciosului administrativ. D-l Dr. Noica Ștefan se confirmă definitiv în postul de medic primar al secției de chirurgie din Spitalul Roșiorii de Vede. D-l Dr. Ionescu Eugen se încadrează ca medic primar definitiv la ambulatorul antiveneric Nr. 2, Iași. D-l Dr. Teodorean Constantin se încadrează definitiv în postul de medic primar la Sanatorul T. B. C. Filaret din București. D-l Dr. Petrescu Ioan se confirmă definitiv în postul de medic primar al Centrului pentru Ocrotirea Copiilor din Cernăuți. D-l Dr. Constantinescu Ovidiu se confirmă definitiv în postul de medic primar la Sanatorul T. B. C. Geoagiu, jud. Hunedoara. D-l Dr. Komorovschi Traian se confirmă definitiv în postul de medic primar de consultații prenatale la Direcția Sanitară și de Ocrotire a Municipiului București. D-na Dr. Vănescu-Niculescu Eugenia se încadrează definitiv în postul de medic șef de laborator la Spitalul Râmnicul-Vâlcea. D-na Dr. Ionescu Elena se încadrează definitiv în postul de medic șef de laborator la Spitalul Călărași-Ialomița. D-l Dr. Zlotescu se numește definitiv medic primar al secției de medicină internă la Spitalul Huși. D-l Dr. Dumitriu Achile Nicolae se numește definitiv medic primar chirurg al Spitalului Câmpina, jud. Prahova. D-l Dr. Cornelea Eugen se numește definitiv medic primar chirurg al Spitalului Alexandria, jud. Teleorman. D-l Dr. Păcescu Nicolae se numește definitiv medic primar al Spitalului de Boli Venerice „Hanul Țărănesc” din Ploiești. D-l Dr. Mihailescu Anton se confirmă definitiv medic primar, specialitatea psihiatrie, la Spitalul de Boli Mintale și Nervoase din Cernăuți. D-l Dr. Popescu Aurel se confirmă definitiv în postul de medic primar de T. B. C. la Ambulatorul Policlinic al județului Ilfov. D-l Dr. Tomacinschi Mihail se transferă definitiv ca medic de circumscripție urbană, Botoșani. D-l Dr. Perciun Nicolae se transferă definitiv ca medic șef al orașului Giurgiu.

D-l Dr. Pașca Vasile se transferă definitiv ca medic al Spitalului cu Circ. Buhuși, din jud. Neamț. D-l Dr. Quiter Feliciu, medic definitiv al Circ. Slatina Timișului, jud. Severin. D-l Dr. Alexandrescu Nicolae rămâne mai departe la vechiul său post de medic definitiv al circumscripției Bălțătești, jud. Neamț. D-l Dr. Novac Atanase rămâne mai departe la vechiul său post de medic definitiv al circumscripției Jitia, jud. R.-Sărat. D-na Botzan Șerbănoiu Natalia, farmacistă definitivă, se confirmă definitiv la Depozitul de Medicamente al Directoratului Sănătății, din Cernăuți. D-na Sălceanu Elena se transferă definitiv în postul vacant de farmacistă la Depozitul Regional de Medicamente, Stbiu. D-na Polovrăgeanu Elena se transferă definitiv în postul de farmacistă la Direcția Materialelor Sanitare.

Următorii medici stagiați de circumscripție se confirmă definitiv în posturile ce ocupă: Dr. Goldiș Vasile, circ. Pustiniș, jud. Timiș. Dr. Rădulescu Constantin, circ. Cerașu, jud. Prahova. Dr. Ardevan Ștefan, circ. Cinteș-Mare, jud. Arad. Dr. Roman Ioan, circ. Berzasca, jud. Caraș. Dr. Simon Adalbert, circ. Gladna-Română, jud. Severin. Dr. Grigorescu Gheorghe, circ. Adjud, jud. Putna. Dr. Mesaroș Cornel Virgil, circ. Hațeg rural, jud. Hunedoara. Dr. Pop Alexiu, circ. Gurasada, jud. Hunedoara.

— **In Monitorul Oficial Nr. 230 din 2 Oct. 1942** se publică următoarele catedre și conferințe vacante în Învățământul Superior:

La Facultatea de Medicină din București: catedra de Clinică Obstetricală și Ginecologică II, conferința de Pediatrie, conferința de Clinică Medicală.

La Facultatea de Medicină din Iași: Catedra de Clinică Medicală II (Semiologie). Catedra de Clinică Dermatologică și Sifiligrafică. Catedra de Anatomia Topografică. Catedra de Igienă și Medicină Preventivă.

La Facultatea de Medicină din Cluj-Sibiu: Conferința de Semiologie Obstetricală.

— **In Monitorul Oficial Nr. 233 din 6 Oct. 1942** Ministerul Culturii Naționale și al Cultelor publică deciziunea de încadrarea de profesori și conferențieri la toate Universitățile, Politehnicele, Academii de școli superioare în conformitate cu dispozițiunile art. 142, alin. I și VII al Decretului-Lege relativ la organizarea învățământului superior.

— **In Monitorul Oficial Nr. 237 din 10 Oct. 1942** Ministerul Sănătății publică următoarea mișcare în corpul medical: D-l Dr. Siminonescu Ion se transferă definitiv ca medic primar chirurg la „Spitalul Sf. Spiridon” din Galați. D-l Dr. Iroftă Eminescu se confirmă definitiv ca medic primar chirurg la Spitalul din Tighina. D-l Dr. Tomoșoiu Gheorghe se confirmă definitiv la postul de medic primar chirurg la Spitalul din

Bârlad. D-l Dr. Săbădeanu Vasile se confirmă definitiv ca medic primar al serviciului de oftalmologie la Spitalul din Brăila. D-l Dr. Zaharie Radu se transferă definitiv ca medic al Spitalului mixt Mociu, jud. Cluj-Turda. D-l Dr. Kessim Gheorghe se numește definitiv în postul de medic igienist la Direcția Sanitară și de Ocrotire a Municipiului București. D-l Dr. Bulău Thiers, inspector general sanitar definitiv al regiunii Iași, se pune în retragere din oficiu, spre a-și exercita drepturile la pensie. D-na Dr. Bancheriu Florian Lucia se încadrează definitiv ca medic primar în specialitatea obstetrică și ginecologie la Maternitatea „Giulești” din București. D-ra Dr. Mihăescu Maria se transferă definitiv ca medic al circ. Cobadin din jud. Constanța. D-l Dr. Cameniță Vasile se transferă definitiv ca medic al Spitalului cu Circ. Cujmir, jud. Mehedinți. D-na Dr. Stănescu Botez Eugenia se încadrează definitiv ca medic de circ. la Serviciul Sanitar al Municipiului București. D-na Dr. Mihailuc Ecaterina se confirmă definitiv în postul de medic al circ. Cerepcauți, jud. Rădăuți. D-l Dr. Suci Eugen se încadrează definitiv ca medic primar radiolog la Policlinica C.F.R. din Timișoara. D-l Dr. Corcan Pavel, medic primar director definitiv al Spitalului de copii din Timișoara, se consideră demisionat din acest post.

Următorii medici se încadrează definitiv ca medici primari în specialitatea respectivă la Serviciul de consultații al Serviciului Sanitar al Municipiului București: D-l Dr. Glăvan Ion, oftalmologie; D-na Dr. Vasilescu Alexandra, oftalmologie; D-l Dr. Babeș Alexandru, dermatologie, sifilis și boli venerice; D-na Dr. Ghițescu Robescu Angela, dermatologie, sifilis și boli venerice; D-l Dr. Dumitrescu Emilian Marin, dermatologie, sifilis și boli venerice; D-l Dr. Florescu Ispas, dermatologie, sifilis și boli venerice; D-na Dr. Mateescu Eugenia, obstetrică și ginecologie; D-na Dr. Perticari Sofia, obstetrică și ginecologie; D-na Dr. Florescu

Dosios Victoria, stomatologie; D-na Dr. Dimănescu Octavia, stomatologie; D-na Dr. Dascălu Maria, stomatologie; D-l Dr. Bianco Zeno, stomatologie; D-l Dr. Popovici Ion, Tbc.; D-l Dr. Ionescu Glorie, Tbc., D-l Dr. Borș Dumitru, O. R. L.

— **Concursul de externat și de internat.** S'a fixat data concursului de externat și internat în medicină la Clinicile și Spitalele din cele 3 centre universitare: București, Iași și Sibiu.

Concursul de externat va începe în ziua de Luni, 2 Noembrie, orele 9 a. m., în toate centrele universitare. La acest concurs pot candida studenții în medicină cari au absolvit primii 2 ani de studii.

Concursul de internat va începe în ziua de Marți, 1 Decembrie a. c., orele 9 a. m., în cele 3 centre universitare. Se pot prezenta studenții cari sunt în anul al doilea de externat.

Posturi vacante de externi: la București 200, la Sibiu 25, la Iași 40.

Posturi vacante de interni: la București 50, la Sibiu 10, la Iași 20.

Inscrierea la concurs se face cu cel puțin 10 zile înaintea începerii examenului.

— **Numărul studenților în anul I de medicină.** S'a fixat următorul număr de locuri în anul I al Facultăților de Medicină din țară: la București 500, la Sibiu 350, la Iași 300.

— **Incorporarea studenților în medicină.** În conformitate cu noile dispozițiuni date de Marele Stat Major, toți studenții Facultății de Medicină, cari n'au făcut serviciul militar, sunt încorporați pe data de 1 Noembrie 1942 în secția de pregătire militară a Facultății.

— **A apărut Nr. 1—12/1942 al Revistei de Pediatrie, Puericultură și Nipologie Cluj-Sibiu,** de sub direcția D-lui prof. Dr. Gh. Popovici, conținând un bogat material de specialitate.

Bibliografie

din sumarul revistelor streine primite la redacție

Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 37 vom 11. Sept. 1942.

Roentgenologie und Gastroskopie unter besonderer Berücksichtigung des Ringwallkarzinoms: Knothe.

Das Zusammenwirken von Gastroskopie und Roentgenologie: Brühl.

Die Trichinose. Nach Beobachtungen an mehreren Grunderkrankungen: Spaeth.

Nr. 38 vom 18. Sept. 1942.

Die akute Glomerulonephritis im russischen Winterfeldzug: Gerstenberg.

Zur Diagnose des Fünftagefiebers: Werner.

Die Diagnose der Trichinose mittels Hauttest und Komplementbindungsreaktion: Spaeth.

Zur Therapie nephrotischer Ödeme: Albrich.

Die Inhalationstherapie bei Asthma bronchiale und asthmoiden Zuständen bei der chronischen spastischen Bronchitis und Emphysem: Quitschal.

Nr. 39 vom 25. Sept. 1942.

Die Wirkung und die Anwendung der Sulfamide: Vonkennel.
Behandlung des Gelenksrheumatismus: Hoff,

Wiener Medizinische Wochenschrift, Nr. 37 vom 12. Sept. 1942.

- Ventillungenzyste, Ventilpneumothorax, Universalhautemphysem: K. Kliemesch.
Die Sozialversicherung in der Slowakei: E. Rosival.
Zum chemischen Aufbau und Wirkungsmechanismus des Tuberkulophonins: Ilie Piticariu.

Nr. 38 vom 19. Sept. 1942.

- Zur Behandlung der akuten und chronischen Adnexitis bei der Frau, mit besonderer Berücksichtigung der Gonorrhoe: Prof. Dr. R. Hofstätter.
Der Schlaf unter dem Gesichtspunkt der intravenösen Narkose: F. Besold.

Nr. 39 vom 26. Sept. 1942.

- Die Therapie der Endarteriitis obliterans bei vorhandener Gangrän (deutsch und italienisch): R. Paolucci di Valmaggiore.
Die hepatosplenomegale Lipoidose (Xanthomatose) mit Veränderungen an Haut und Schleimhaut (deutsch und italienisch): C. Frugoni und M. Coppo.

Nr. 40 vom 3. Okt. 1942.

- Zur Behandlung der akuten und chronischen Adnexitis bei der Frau, mit besonderer Berücksichtigung der Gonorrhoe: Prof. Dr. R. Hofstätter.
Neue Wege in der Diagnostik und Therapie der Lues: A. Rottmann.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Nr. 37 vom 12. Sept. 1942.

- Die diagnostische Bedeutung der Hauterscheinungen bei inneren Erkrankungen: P. Robert.
Neue Gesichtspunkte in der Beurteilung der Hematogenen Nierentuberkulose: H. U. Gloor.
Beitrag zur Trombosenfrage: Th. Koller.
Über Muskelkontrakturen bei epidemischen Kinderlähmung: R. Scherb.
Neugeborenenreife und Entwicklung der Knochenkerne: J. H. Müller u. J. Balbi.
Endocarditis septica acuta und Cibazol-Therapie: Em. Machacek.

Nr. 38 vom 19. Sept. 1942.

- Beiträge zur Epidemiologie der Kinderlähmung: G. Fanconi und H. Zellweger.
Diätetik bei rheumatischen Erkrankungen und ihre Anwendung in Militärsanitäranstalten: O. Gsell.
La néphrite aiguë à streptocoque hémolytique. Les fièvres thyphoïde et parathyphoïde. Du traitement par les sulfamides: M. P. Marcel.
Volumetrie crânienne, cérébrale et ventriculaire combinées: R. de Montmollin.
Les Ostéodystrophies hépatogènes: Georges Mayor.
Milchsäuremilch und Ferlargon in der Säuglingsernährung: W. Feer.
Selbstmord durch Nackenabschneiden: Fr. Kleir.

Nr. 39 vom 26. Sept. 1942.

- Der Bronchial- und Lungenkrebs: C. Wegelin.
Die Klinik des Bronchial- und Lungenkrebses: R. Staehelin.

Bronchialkrebs und Lungenkrebs: H. R. Schinz.

Der Metallkrebs; Ein neues Prinzip der Krebserzeugung: H. Schinz.

La colchicine dans le traitement du cancer de la souris: J. L. Nicod et J. Regamey.

La cancérisation artificielle en atmosphères différemment ionisées: G. Joyet.

Hochgradige atypische (krebsähnliche) Epithelwucherung in der Haut nach Schutzpockenimpfung: B. Waldhard.

Grundsätzliches über den Krebs in unserer Armee: H. v. Meyenburg.

Wirkt der Russ von Oelfeuerungen karzinogen?: G. Miescher und F. Schwarz.

Nr. 40 vom 3. Okt. 1942.

- Die Pathogenese der neurasthenischen Syndrome: R. Brun.
Zuckerstoffwechsel — Zuckerkrankheit: S. Markees.
Pneumonische Herzschiädigung: O. Spühler.
Dermatostomatitis (Baader) oder Ectodermose érosive pluriorificielle im Kindesalter: H. Storck.
L'anémie hypochrome après résection d'estomac: G. Hemmeler.

Wiener Klinische Wochenschrift, Nr. 38 vom 18. September 1942.

- Zur Wahl des ärztlichen Berufes: E. Pernkopf.
Behandlung der Ulkuskrankheit: H. Eppinger.
Über das Blutkreislauforgan und die arterio-venösen Anastomosen: V. Patzelt.

Nr. 39 vom 25. Sept. 1942.

- Fokale Infektion: S. Gräff.
Über die Schilddrüse: F. Gerl.
Gedanken um das Fieber: Hamberger.
Zur Frage der Vitamin-C Versorgung in der Schwangerschaft: H. Tasch.

Nr. 40 vom 2. Okt. 1942.

- Meynert in seinem Einfluss auf die moderne psychiatrische Forschung: M. de Grinis.
Evipan-Na als Narkotikum in der Ohrenheilkunde: Grillmayer.

Die Medizinische Welt, Nr. 36 vom 5. Sept. 1942.

- Fehler und Gefahren bei der Allgemeinbetäubung: R. Goldhahn.
Die Prognose des diphterischen Herzschadens: F. Kienle u. M. Witzemann.
Die Entstehungsursachen der Hepatitis epidemica vom kontagionistischen und vom epidemiologischen Standpunkt: F. Wolter.

Nr. 37 vom 12. Sept. 1942.

- Die Grundlagen der Blutgruppenforschung und ihre Bedeutung für die allgemeine Praxis: G. Jungmichel.
Elektrizität — Erkrankungen der inneren Organe: S. Koeppen.

Nr. 38 vom 19. Sept. 1942.

- Die Grundlagen der Blutgruppenforschung und ihre Bedeutung für die allgemeine Praxis (Schluss): G. Jungmichel.
Akutes Leberversagen: Prof. W. Nonnebruch.
Behandlung und Diagnose des Diabetes im Kindesalter: Prof. H. Stolte.

Nr. 39 vom 26. Sept. 1942.

- Der akute, subakute und chronische Gelenksrheumatismus: Prof. W. H. Veil.
 Anormales Geburtsgewicht bei angeborener Syphilis: M. Lutz.
 Ein neuer handlicher, elektrisch betriebener Heissluftsterilisator: Prof. Zeissler.

Nr. 40 vom 3. Okt. 1942.

- Zur Klinik des Fleckfiebers: Prof. Brinkmann
 Der akute, subakute und chronische Gelenksrheumatismus (II.): Prof. Dr. W. H. Veil.
 Die Behandlung des Mandelabzesses: P. Laurentius
 Ein Beitrag zur versicherungsrechtlichen Beurteilung des traumatischen Diabetes: Prof. Dr. F. Lommel.

Hippokrates, Nr. 37 vom 10. Sept. 1942.

- Zur Sonnenwirkung auf den Menschen: Kötschau.
 Was soll der Arzt über die im Scharlachverlauf auftretende Nasennebenhöhlenentzündung des Kindes wissen?: Ströder.
 Über ein mechanisches Verfahren zur Beeinflussung des autonomen Nervensystems und seine therapeutische Verwertung: Möller.
 Übertragung der Sarkoptes-Räude durch Füchse und ihre Prophylaxe: Schmidt.

Nr. 38 vom 17. Sept. 1942.

- Über Verhütung und Behandlung von Placentaretentionen: Lemberger.
 Über ein mechanisches Verfahren zur Beeinflussung des autonomen Nervensystems und seine therapeutische Verwertung: Möller.
 Über die Stoffwechselgrundlage des Krebses: Ide.

Nr. 39 vom 24. Sept. 1942.

- Unser heutiger Kenntnisstand um die Ovulation: Besold.

Nr. 40 vom 1. Okt. 1942.

- Morbus maculosus Werlhof (Essentielle Thrombopenie): Stöger.
 Sterilitätsbehandlung, auch ein psychisches Problem: Bardenheuer.
 Eine physiologische Typologie der Nervosität als Grundlage ihrer speziellen Diagnostik und Therapie.

Der Landarzt, Nr. 36 vom 2. Sept. 1942.

- Die deutschen Mineralquellen: W. Weitzel.

Nr. 37 vom 9. Sept. 1942.

- Die deutschen Mineralquellen: W. Weitzel.

Nr. 38 vom 16. Sept. 1942.

- Die Bedeutung der ärztlichen Kultur für das Volksganze: H. Berger.

Nr. 39 vom 23. Sept. 1942.

- Ätherische Öle und ätherische Drogen in der Alltagspraxis: Braun.

Folia Therapeutica, Heft 9, September, 1942.

Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung, Nr. 18 vom 15. Sept. 1942.

- Das Eisen in physiologischen, pathologischen und therapeutischen Fragen: H. Albers
 „Die epileptischen Verstimmungszustände, die Dipsomanie und das Epileptoid“: A. Knapp.
 Zur Therapie der Eklampsie: E. Bach
 Das subunguale Hämatom: Hayward.

Notițe terapeutice

Tratamentul stărilor dureroase cu ajutorul Dolantinului, un medicament cu acțiune spasmolitică și analgetică, preparat pe cale sintetică de H. Schlunbaum, Spitalul Hindenburg, Goldberg, Med. Klin 1939, Nr. 38, pag. 1259.

Schlunbaum administrează *Dolantin*, în tratamentul migrenei, nevralgiilor, durerilor articulare, etc., prin aplicări pe cale bucală, iar în stările mai grave prin aplicațiuni parenterale, cu un cuvânt: în toate stările în cari până în prezent se administra morfina precum și alți derivați ai opiului. Acest tratament a fost aplicat în total la aproximativ 70 bolnavi. Dintre stările dureroase grave tratate astfel, amintim durerile postoperatorii, leziuni provenite prin accidente, flegmoane, etc. precum și nevralgii, compresii ale măduvei provenite în urma metastazelor, precum și colicile renale. S'a mai încercat administrarea *Dolantin*-ului și înainte de operațiuni pentru a preveni într-o măsură oarecare durerile operatorii. În toate încercările făcute s'a constatat toleranța perfectă a acestui medicament. Deja după 10—15 minute dela aplicarea injecțiilor subcutane sau intramusculare, durerea începe să cedeze astfel încât de obicei după 20—25 de minute durerile au fost înlăturate complet sau aproape în întregime. Analgezia durează în general aproximativ 4—5 ore. După încetarea

efectului, medicamentul poate fi reinjectat, fără să producă vreo tulburare. Aplicările intravenoase ale acestui medicament au un efect instantaneu, astfel încât într'un caz de colică renală s'a ajuns la o analgezie perfectă, chiar în decursul injectării *Dolantin*-ului. Pentru prevenirea durerilor postoperative *Dolantin* se administrează cu aproximativ 25 minute înaintea intervenției; în operațiuni mai mici ca și cistoscopii, puncții ale pericardului sau ale cavității pleurale, ajunge aplicarea *Dolantin*-ului. După gravitatea afecțiunii și a durerilor existente, s'au administrat parenteral câte 75—100—150 mg precum și de 2-ori pe zi de câte 25—50 mg *Dolantin* per os. Copiilor dela 2—15 ani, li se administrează câte 15—50 mg *Dolantin*. Rezultatele obținute au fost întotdeauna satisfăcătoare cu excepția a trei cazuri: (fractură cu luxație, turburări de deglutiție, laparatomie). Cu toate că în unele cazuri rare, efectul obținut nu a fost cu totul satisfăcător, foarte adevărate acțiunea *Dolantin*-ului dă rezultate mai favorabile decât morfina. Din manifestățiunile secundare observate în urma aplicării *Dolantin*-ului, au fost semnalate în trei cazuri vomisme survenite în urma injecțiilor. Obişnuințe precum și fenomene de cumulațiune nu au fost observate niciodată; *Dolantin* exercită întotdeauna aceeași eficacitate.

MAGNESIUM MANDELAT

«ASTA»

(granule solubile în intestinul subțire)
pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni

ale

Căilor urinare

★

Absolut netoxic

Foarte economic

(durată scurtă de tratament)



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

în camere pt. două persoane dela RM 9
în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmeler**
Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnhof Seebrugg (Deutschland)

Puternic desinfectant pulmonar
Calmant al tusei — Recalcifiant

LACTOCRESIN „Sapic“

Sirop pe bază de: Gaiacol lichid
Lactofosfat de Calciu
Codeină
Tinct. de Aconit

Pneumonie, Bronchopneumonie, Gripă,
Profilactic după operațiuni

PULMOSEPT „Sapic“

Chinină 0,10
Camforă 0,10
disolvate în uleiuri eterice.

Fiole de 2 cmc. pentru injecții intramusculare

ANALEPTIC

CARDIOTONIC

CORDISAN „Sapic“ **CORDISAN - EFEDRINA**

Picături, Fiole, Pulbere pentru receptură

În toate stările de slăbiciune ale inimei și ale circulației sanguine

Mostre și literatură trimite la cerere:

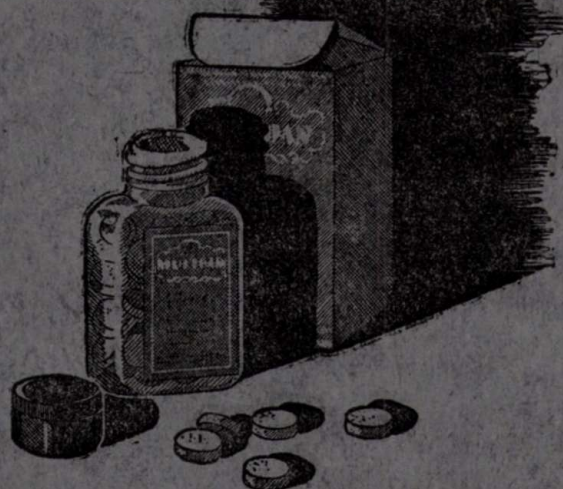
DEPARTAMENTUL ȘTIINȚIFIC

„SAPIC“

București VI, — Str. Cazărmei 89

Pentru expectorație

*în tuse, răgușeală, uscăciune
în gură și faringită uscată*



Tabletele MUCIDAN

expectorantul „natural”, conțin ca component activ, pe lângă dezinfectantul Hexametilentetramină, factorul fiziologic „RHODAN”, de o acțiune secretolitică enormă, și încă saponinul din liquiriția, cu efectul expectorant caracteristic. Forma de tablete acestui expectorant este în deosebi potrivită, mai ales pentru tratamentul cazurilor ambulante. Ambalaje originale: Flac. cu 25 și 100 tablete

Tabletele - MUCIDAN

„Rhenania”

SECȚIA FARMACEUTICĂ A KALI-CHEMIE S. A. BERLIN

DEZINFECTANTUL HEXAMETILEN-AMINĂ

Redacționale

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 4 pagini de revistă. Costul tiparului peste 4 pagini va fi suportat de autor, 500 Lei pagina.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într'una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeelelor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 500. Pentru autorități 1000 Lei. Pentru studenți 300 Lei. Costul unui număr este 80 Lei.

— Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

1	pagină odată	3.000,	3	ori	8.000,	6	ori	15.000,	12	ori	25.000	Lei
1/2	„	2.000,	„	5.000,	„	8.000,	„	15.000	„			

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Pentru anunțuri plasate pe pagina recto se socotește un plus de 30%.

Pentru anunțuri periodice (băi, staț. balneare, staț. climaterice etc.) se plătește un plus de 50%.

BISMUTO TERAPIA SIFILISULUI

PE CALE
INTRAMUSCHIULARA

NÉOCARDYL

de SOLUTIE OLEIOASA
de butil-tio-laurat de bismut

INJECTII NEDUREROASE ELIMINARE INCEATA SI CONTINUA

*Prezenta sulfului în molecula favorizeaza
actiunea terapeutica datorita
proprietatilor sale antitoxice.*

NEOCARDYL

(PENTRU ADULTI)

cutii cu 12 fiole de
1 1/2 cc. continând
0,075 gr. de bismut metal

NEOCARDYL

(INFANTIL)

cutii cu 10 fiole de
1 cc. continând
0,015 gr. de bismut metal

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS (8^e)

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

Secretar de redacție:

Dr. D. CĂPRIOARĂ

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hăngănuț, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichița, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Tenosu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. M. Zolog.

REDACTIA**ȘI ADMINISTRAȚIA**

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45

Chimioterapia perorală a blenoragiei se face prin

ALBUCID

simplu:

4 ori zilnic câte 2-3 tablete după masă

cu succes:

cota vindecării se urcă la cca 90 %

scurt:

durata tratamentului este de 4-5 zile

*nevătămător:**

Din zeci de mii de cazuri, nu s'a observat
ni ci-o vătămare

* Desintoxicația care precedă parțial în corp, prin acelizare la alte sulfonamide la Albucid aceasta este anticipată. Totuși acelizarea la Albucid este astfel executată încât, în contrast cu combinația inactivă acetică ce se naște în corp, se obține un preparat cu acțiune terapeutică simțitoră.

Ambalaje originale:

Tuburi cu 20 tablete conținând 0.5 g

Ambalaje pentru clinică cu 500 tablete

Albucid pentru injecții:

Cutie cu 5 fiole de 5 cmc.

Schering

SCHERING A. G. BERLIN

CODERE București, Str. Clémenceau Nr. 6

Tel.: 3.58.03 - 3.58.04 - 3.58.05



Analeptic

că acțiune centrală mărită și acțiune periferică energică.

Contra atoniei circulatorii consecutive maladiilor infecțioase, în intoxicații, pre- și post-operator, în stările de epuizare, în convalescență, în răul de röntgen.

În colaps, accidente de narcoză;
intoxicații,
paralizii vasculare, asfixie.

Lichid: Flacoane de 10 gr. -

Tablete: Tuburi de 10 buc.

Fiole: Culi de 5 buc. à 1,1 cmc.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S. A. R., Str. Atena 29, București 3.

Având asigurată materia
primă necesară, punem la
dispoziția Domnilor medici

Vitamin „C”

sub formă de :

Ascorbin

Injectii

(L-Ascorbinat de sodiu)

0,05/1	cmc,	cutia	cu	10	fiole
0,10/2	"	"	"	5	"
0,50/5	"	"	"	3	"

Subcutan - Intramuscular - Intravenos

Ascorbin

Tablete

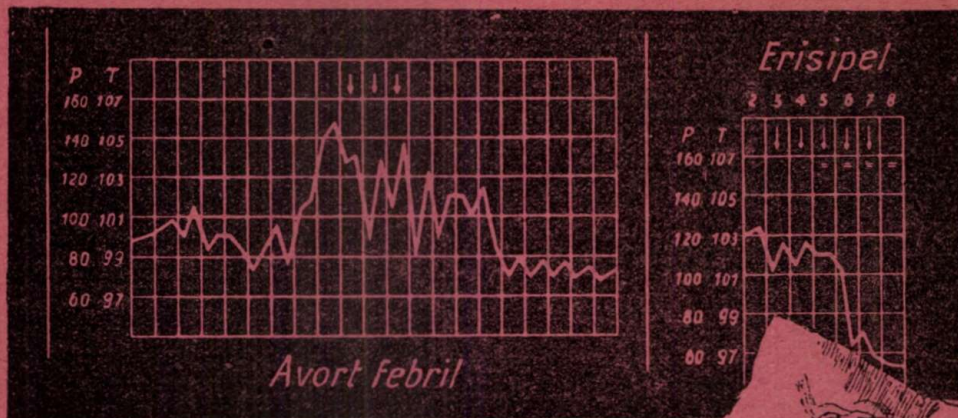
(Acid Ascorbic)

Tubul cu 12 tablete 0,05



Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R.

BUCUREȘTI



Prontosil

În toate **infecțiunile streptococice**. Activ
și în infecțiuni stafilococice și colibacilare.

Important, în erisipel, angină, septicemie
post partum, avort septic, artrite infecțioase,
cistite și pielite.

Admis și întrebuințat în serviciile Casei
Asigurărilor Sociale în România

»Bayer«



LEVERKUSEN a Rh.

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
„ROMIGEFA” S. A. R., București I., Str. Brezoianu 53. Telefon: 3-92.86.

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL :

Articole științifice :

- Dr. P. Râmneanțu și Dr. V. Luștea: Contribuțiuni noi la studiul seroetnic al populației din România Pag. 503
- Dr. Ioan Danicico: Două cazuri de apendicită în perioada de debut a febrei tifoide " 511
- Dr. Gh. Usinevici: Coastă cervicală cu nevrita plexului brachial consecutivă (Sidromul scalenic) " 514
- Dr. V. Moșoiu: Fibrom al ovarului " 518

Medicină scolară :

- Dr. Aurel Tiniș: Considerațiuni critice referitoare la necesitatea educației sanitare în școlile noastre rurale " 519
- Dr. Ioan Cadariu: Epidemia de rușeolă din municipiul Alba-Iulia în anul 1941 " 522
- Dr. Bălașiu Teodor: Importanța medico-socială și pedagogică a vegetațiilor adenoide la elevii de școală " 525

Probleme profesionale :

- Dr. I. Cosma: Indrumarea profesională din punct de vedere al specialistului de boli interne și al medicului pediatru " 528

Medicină preventivă :

- Dr. Valer Negrilă: Importanța consultațiilor prenatale din punct de vedere al capitalului biologic național " 532

Bibliografie :

- Prof. Dr. Gh. Popoviciu: Contribuțiunile românești în pediatrie și puericultură " 534

Revista revistelor " 535

Note și informațiuni " 540

Vizita D-lui Ministru al Sănătății în jud. Târnava Mare, Târnava Mică și Sibiu. — Decrete, Decluziuni.

Necrolog " 541

† Dr. Octavian Cristea.

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCHILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări

și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CA



RUBIAZOL
COLORANT AZOIC

este
CEL MAI ACTIV și
COMPLET ATOXIC

DOZA ZILNICĂ
6-12 comprimate
2-3 fiole



LABORATOIRES DU DR. ROUSSEL-PARIS

Eșantioane Medicale și literatură la:

Reprezentanța generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTETIA” S. A. R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREȘTI, III

Telefon 221.38

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

SIBIUL MEDICAL

Anul XXIII

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Contribuțiuni noi la studiul seroetnic al populației din România

de

Dr. P. Râmneanu și Dr. V. Luștea*)

Cercetarea grupelor de sânge în masa populației a demonstrat încă de la primele încercări făcute în 1919, că frecvența lor evidențiază, asemănări și diferențe rasiale și etnice mai ușor și mai riguroase decât rezultatele biometrice referitoare la caracterele morfologice și însușirile psihice. Astfel până de prezent, cercetându-se, în cele mai multe țări, distribuția grupelor și a sub-grupelor de sânge, care sunt ereditare,¹⁾ s'a stabilit că

¹⁾ De la 1924 încoace, legea după care se moștenesc grupele de sânge a suferit precizări importante. Pe cale matematică s'a demonstrat și ulterior și cercetările pe teren au confirmat, că factorii ereditari ai grupelor de sânge, adică genele, sunt alelomorfe multiple și nu simple, cum s'a crezut până atunci. Astfel genele corespunzătoare proprietăților O, A și B sunt localizate în același cromozom. Gena O e o unică proprietate recesivă alelomorfă față de A și B, care sunt independente între ele și dominante față de O. Gena O e numită R. Mai departe știind că celula sexuală nu poate avea decât o singură garnitură dublă de cromozomi ne explicăm cum individul A B își separă genele în A și B: una din celula sa germinativă va conține gena A, iar cealaltă gena B și născândă genotipul grupei A B nu va fi A B și O, cum s'a crezut. Pe baza acestor descoperiri, raporturile între fenotip și genotip, cum le confirmă și cercetările, sunt altele decât cele știute până acum, iar formula care voim să exprime rezultatele genotipice nu poate fi cea dată de Hirsfeld, în care intră frecvența grupei A B, ci cea elaborată de Wellisch, pe baza frecvențelor celor trei gene numite r, p și q. Astfel raporturile între fenotip și genotip sunt următoarele:

Fenotip	Genotip
O	RR
A	AA, AR
B	BB, BR
AB	A, B, AB

iar frecvențele grupelor de sânge exprimate în gene ne sunt date de unirea genelor O (R), A și B, două câte două. Combinația aceasta, care ne redă cele 6 genotipuri e următoarea:

procentele și indicii sanguini calculați pe baza lor sunt specifici fiecărui neam. Ba s'a mai observat și alte comportări foarte valoroase, dintre care amintim următoarele două.

Prima e că pe o axă care unește Anglia cu India frecvențele grupelor A și B (fenotipuri), dominante față de O (fenotip) și independente între ele, au o așezare bine determinată: proprietatea p (gena lui A) sau eu-

Grupele părinților	Genele			
	r	p	q	
R	rr	rp	rq	
A	p	pp	pq	
B	q	qr	qp	qq

Cele șase fenotipuri cu genotipurile corespunzătoare sunt:

RR	RA	AA	BR	BB	AB
r ²	2 pr	p ²	2 qr	q ²	2 pq

Echivalențele acestora în genotipuri sunt următoarele:

O = r²

A(AA+AR)=p²+2pr din cari $\bar{O} + \bar{A} = (p+r)^2 = (10-q)^2$

B(BB+BR)=q²+2qr avem: $\bar{O} + \bar{B} = (q+r)^2 = (10-p)^2$

AB = 2pq;

Înlocuind aceste două formule în p+q+r=10 obținem:

$$p = 1 - (q+r) = 1 - \sqrt{\bar{O} + \bar{B}};$$

$$q = 1 - (p+r) = 1 - \sqrt{\bar{O} + \bar{A}};$$

iar r este egal cu $\sqrt{\bar{O}}$, adică rădăcina patrată din O. Valorile $\bar{A}$ și $\bar{B}$ date de aceste formule, care nu fac deosebire între AA, BB homozigoți și AO și BO heterozigoți, mai trebuiesc ajustate. Ajustarea se face, pentru ca gena O acoperită de A sau B să fie repartizată, la p și q, conform legii probabilității. Astfel formulele definitive pentru calcularea lui p și q devin următoarele:

$$p = (10 - r + \sqrt{\bar{O} + \bar{A}} - \sqrt{\bar{O} + \bar{B}}) \text{ și}$$

$$q = (10 - r + \sqrt{\bar{O} + \bar{B}} - \sqrt{\bar{O} + \bar{A}}).$$

*) În colaborare cu Domnii Doctori Demetrescu, Gherghel, N. Comșia, V. Petrișor, N. Dragomir, Tatu, Zink, N. Albu, C. Lungu, R. Colhon, T. Dinculescu, S. Roșu și I. Micu din Sibiu și D. Roșu, Cazan, T. Zaharia, Ionescu, Mateianu, Pop, Crețoiu, Bibicescu și Matache din Turnu-Severin.

A) Români

A u t o r u l	J u d e ț e P r o v i n c i i	Cazuri	Frecvența grupelor				AB+A	AB+B	Frecvența genelor			p+r q+r	r-p q
			AB	A	B	O			p	q	r		
S. Manuila și Gh. Popoviciu ¹⁾	Transilvania	1.594	7,7	42,0	14,8	35,5	2,21	29,1	11,9	59,0	1,241	2,51	
Gh. Popoviciu ²⁾	Transilvania ³⁾	2.372	7,97	40,93	14,54	36,55	2,17	28,5	12,0	60,5	1,230	2,67	
Gh. Popoviciu ⁴⁾	Vechiul Regat	1.278	6,33	41,16	19,01	33,49	1,80	27,5	13,6	57,9	1,194	2,24	
S. Manuila ⁴⁾	Banat	1.521	7,4	43,3	15,6	33,7	2,20	29,8	12,3	58,1	1,250	2,30	
H. M. Dumitrescu ⁵⁾	Câmpulung ⁶⁾	691	2,9	49,5	17,1	30,5	2,62	32,6	12,1	55,3	1,303	1,88	
H. M. Dumitrescu ⁵⁾	Putna ⁷⁾	730	11,0	47,0	19,8	22,0	1,88	35,6	17,3	47,1	1,284	0,66	
H. M. Dumitrescu ⁵⁾	Făgăraș ⁸⁾	761	—	—	—	—	2,3	28,3	10,4	61,3	1,248	3,17	
E. Ionescu ⁹⁾	Iași (municipiu)	2.750	5,2	39,5	13,9	41,4	2,34	25,6	10,1	64,3	1,208	3,83	
P. Râmneanțu ¹⁰⁾	Ciuc ¹²⁾	536	6,72	39,92	16,23	37,13	2,03	26,9	12,2	60,9	1,202	2,79	
P. Râmneanțu ¹⁰⁾	Mureș ¹³⁾ și Odorheiu ¹⁴⁾	2.098	7,48	44,95	17,59	29,98	2,09	31,4	13,8	54,8	1,256	1,70	
P. Râmneanțu ¹⁰⁾	Trei-Scaune ¹⁵⁾	1.224	15,85	43,06	12,42	28,68	2,08	33,5	12,9	53,6	1,310	1,56	
P. Râmneanțu ¹⁰⁾	Cluj ¹⁶⁾	1.228	10,67	43,32	13,92	32,08	2,20	31,2	12,2	56,6	1,276	2,08	
P. Râmneanțu ¹¹⁾	Caraș ¹⁷⁾	985	9,95	42,84	15,43	31,78	2,08	30,6	13,0	56,4	1,255	1,98	
S. Manuila și I. Vonica ¹⁸⁾	Transilvania ¹⁹⁾	2.166	7,39	37,44	17,13	38,04	1,83	25,4	12,8	61,7	1,169	2,84	
D. C. Georgescu ²⁰⁾	Gorj ²¹⁾	570	8,1	38,2	23,5	30,2	1,50	27,2	17,8	55,0	1,129	1,56	
Gh. Popoviciu și I. Birău ²²⁾	Cluj ²³⁾	1.762	6,24	45,23	10,56	37,97	3,06	30,0	8,4	61,6	1,309	3,76	
Gh. Popoviciu și I. Birău ²²⁾	Bihor ²⁴⁾	516	10,66	42,25	14,15	32,94	2,13	30,3	12,3	57,4	1,258	2,20	
Gh. Popoviciu și I. Birău ²²⁾	Turda ²⁵⁾	397	5,54	54,66	8,56	31,24	4,27	37,3	6,8	55,9	1,486	2,74	
Gh. Popoviciu și I. Birău ²²⁾	Arad ²⁶⁾	519	9,06	38,54	17,53	34,87	1,79	27,1	13,8	59,1	1,182	2,32	
P. Râmneanțu ²⁷⁾	Năsăud ²⁸⁾	704	6,4	60,2	8,4	25,0	4,50	42,3	7,7	50,0	1,600	1,00	
O. C. Necrașov ²⁹⁾	Moldova de Nord ³¹⁾ (regiune muntoasă)	530	5,14	45,03	15,33	34,50	2,45	29,7	11,0	58,9	1,263	2,65	
O. C. Necrașov ²⁹⁾	Moldova de Nord (zona occidentală)	1.530	6,12	44,27	17,68	31,92	2,11	29,9	12,4	57,8	1,249	2,25	
O. C. Necrașov ²⁹⁾	Moldova de Nord (zona orientală)	1.960	8,66	40,53	18,74	32,06	1,79	28,6	14,8	56,7	1,195	1,90	
O. C. Necrașov ²⁹⁾	Basarabia de Nord ³²⁾	3.070	6,60	39,80	20,72	32,8	1,69	26,9	16,0	57,1	1,162	1,89	
O. C. Necrașov ²⁹⁾	Basarabia centrală	720	7,3	39,4	20,0	33,2	1,71	27,3	15,1	57,6	1,168	2,01	
P. Râmneanțu ³³⁾	Hunedoara ³⁴⁾	493	7,71	43,81	11,76	36,71	2,65	29,8	9,6	60,6	1,286	3,20	
P. Râmneanțu ³³⁾	Hunedoara ³⁵⁾	479	3,55	36,95	16,28	43,22	2,0	23,3	10,9	65,7	1,162	3,89	
P. Râmneanțu ³³⁾	Hunedoara ³⁶⁾	520	8,27	45,38	18,46	27,89	2,01	32,4	14,8	52,8	1,258	1,38	
V. Papilian și C. C. Velluda ³⁷⁾	Turda ³⁸⁾	924	4,98	52,81	14,72	27,49	2,93	36,1	11,5	52,4	1,385	1,41	
I. Micu și T. Micu ³⁹⁾	Moldova de Nord și Bucovina ⁴⁰⁾	4.639	7,95	48,50	18,86	24,68	2,10	34,9	15,4	49,7	1,300	0,96	

¹⁾ C. R. Société de Biologie, 1924, p. 542 și Convorbiri Literare, 1924.

²⁾ C. R. Société de Biologie, 1924, p. 1069, Revue Anthropologique, 1925, pp. 152—164 și in Cultura—Cluj, 1924

³⁾ Comunele cercetate: Almaș, Budureasa, Mureșeni, Petrila, Sâncel, Someș-Sat, Siclău.

⁴⁾ C. R. Société de Biologie, 1924, p. 1071.

⁵⁾ România Medicală, 1934, pp. 141—142.

⁶⁾ Fundul Moldovei.

⁷⁾ Nerejul-mare.

⁸⁾ Drăguș.

⁹⁾ Teză. Contribuțiuni la studiul grupelor sangvine în România, Iași, 1929.

¹⁰⁾ Buletin Eugenic și Biopolitic, 1935, Nr. 1—2—3. Revue de Transylvanie, Tome I. Nr. 135

¹¹⁾ Zeitschrift für Rassenphysiologie, Bd. 9. H. 3/4.

¹²⁾ Voșlobeni.

¹³⁾ Subcetate, Deleni, Cozma.

¹⁴⁾ Feleag și alte sate.

¹⁵⁾ Brețcu, Micfalău. Zagon.

¹⁶⁾ Măguri, Muntele-Rece.

¹⁷⁾ Borloveni-Vechi și Pătaș.

¹⁸⁾ Comunicare la Inst. Social Român, 1935

¹⁹⁾ Din mai multe comune.

²⁰⁾ Sociologie Românească, 1936, Nr. 5.

²¹⁾ Runcu.

²²⁾ Revue Anthropologique, 1936, pp. 181—183.

²³⁾ Luna-de-Sus, Someșul-Rece, Stolna, Căpușul-Mic, Păniceni, Muntele-Rece.

²⁴⁾ Budureasa, Câmpenii-de-Sus, Homorogul-Român.

²⁵⁾ Avram Iancu.

²⁶⁾ Căpruța, Dumbrava.

²⁷⁾ Sociologie Românească, 1937, Nr. 5—6.

²⁸⁾ Șanț.

²⁹⁾ Academia Română. Studii și Cercetări, XII, 1941.

³⁰⁾ XVIII-e Congrès International d'Anthropologie et d'Archéologie Préhistorique, București, 1937.

³¹⁾ Județele Botoșani, Dorohoi, Iași, Baia, Neamț, Roman.

³²⁾ Județele Hotin, Sorocea și Bălți.

³³⁾ Buletin Eugenic și Biopolitic, 1938, Nr. 7—8.

³⁴⁾ Nucșoara.

³⁵⁾ Costești și Ludești.

³⁶⁾ Cărmăzânești și Certejul-de-Jos.

³⁷⁾ Academia Română Mem. Sect. Științifice, S. III. T. XV. Mem. 19.

³⁸⁾ Secătura, Albac, Arada, Scărișoara, Arieșeni, Neagra, Ponorel, Vidra și Avram Iancu.

³⁹⁾ Soldați.

⁴⁰⁾ Din mai multe sate și orașe.

B) Săcui

A u t o r u l	J u d e ț e P r o v i n c i i	Cazuri	Frecvența grupelor				A+B B+A	Frecvența genelor			p+r q+r	r-p q
			AB	A	B	O		p	q	r		
P. Râmneanțu ¹⁾	Ciuc ²⁾	3.189	10,72	49,04	15,74	24,49	2,26	36,4	14,1	49,5	1,351	0,93
P. Râmneanțu ¹⁾	Odorheiu ³⁾	4.591	8,60	46,92	18,62	25,86	2,04	33,9	15,3	50,8	1,282	1,10
P. Râmneanțu ¹⁾	Treiscaune ⁴⁾	2.820	11,99	46,74	16,21	25,04	2,08	35,2	14,8	50,0	1,36	1,00
P. Râmneanțu ¹⁾	Odorheiu ⁵⁾	1.830	6,50	50,82	12,73	29,95	2,98	34,9	10,4	54,7	1,376	1,90

¹⁾ Buletin Eugenic și Biopolitic, 1935, Nr. 1—2—3.²⁾ Racul, Gârciu, Cosmeni, Siculeni, Lazărea, Sânsimon.³⁾ Filiași, Merești, Ocand, Lupeni, Corund, Zetea Cușmed, Lueta.⁴⁾ Arcuș, Estelnic, Turia, Reci, Brețcu, Brateș.⁵⁾ Aita-Mare, Dalnic, Jimbor și Haghigh.

C) Sași și Șvabi

A u t o r u l	J u d e ț e P r o v i n c i i	Cazuri	Frecvența grupelor				A+B B+A	Frecvența genelor			p+r q+r	r-p q
			AB	A	B	O		p	q	r		
S. Manuila ¹⁾	Năsăud ²⁾	301	4,0	50,5	12,0	33,5	3,41	32,5	8,3	57,9	1,362	3,06
S. Manuila ¹⁾	Banat	414	3,9	42,1	14,0	40,0	2,57	26,5	9,2	63,2	1,234	3,99
P. Râmneanțu ³⁾	Mureș ⁵⁾	395	3,29	53,16	10,38	33,17	4,13	34,67	7,74	57,59	1,412	2,96
P. Râmneanțu ⁴⁾	Mureș ⁶⁾	291	2,06	50,86	11,00	36,08	4,05	32,28	7,65	60,07	1,364	3,63
P. Râmneanțu ⁴⁾	Târnavă-Mică ⁷⁾	474	5,91	42,83	13,29	37,98	2,54	28,33	10,04	61,63	1,255	3,32

¹⁾ C. R. Société de Biologie, 1924, pp. 1071—1073.²⁾ Comuna Târciu.³⁾ Buletin Eugenic și Biopolitic, 1935, Nr. 1—2—3.⁴⁾ Buletin Eugenic și Biopolitic, 1938, Nr. 7—8.⁵⁾ Mercheașa.⁶⁾ Ideciu-de-Jos.⁷⁾ Zagăr.

D) Unguri

A u t o r u l	J u d e ț e P r o v i n c i i	Cazuri	Frecvența grupelor				A+B B+A	Frecvența genelor			p+r q+r	r-p q
			AB	A	B	O		p	q	r		
S. Manuila și Gh. Popoviciu ¹⁾	Transilvania	648	10,5	39,7	20,4	29,4	1,62	29,4	16,9	54,2	1,176	1,47
S. Manuila ²⁾	Banat	688	11,2	40,8	20,2	27,8	1,65	30,7	17,2	52,7	1,195	1,28
P. Râmneanțu ³⁾	Mureș ⁴⁾	1.318	10,62	42,49	19,27	27,62	1,78	31,4	16,1	52,6	1,223	1,32
Gh. Popoviciu și I. Birău ⁵⁾	Cluj ⁶⁾	792	10,23	49,12	17,17	23,48	2,17	36,5	15,0	48,5	1,339	0,80
Gh. Popoviciu și I. Birău ⁵⁾	Bihor ⁷⁾	535	6,17	48,78	17,20	27,85	2,35	33,8	13,4	52,8	1,308	1,42
P. Râmneanțu ⁸⁾	Cluj ⁹⁾	509	11,98	55,21	17,48	15,32	2,28	43,8	17,1	39,1	1,475	—

¹⁾ C. R. Société de Biologie, 1924, pp. 542—3.²⁾ C. R. Société de Biologie, 1924, pp. 1071—3.³⁾ Zeitschrift für Rassenphysiologie, Bd. 9. H. 3/4.⁴⁾ Pănet, Săbet, Măgherani.⁵⁾ Revue Anthropologique, 1926, Nr. 4—5—6.⁶⁾ Căpușul-Mare, Luna-de-Sus și Vlaha.⁷⁾ Salonta.⁸⁾ Buletin Eugenic și Biopolitic, 1938, Nr. 7—8.⁹⁾ Izvcrul-Crișului.

E) Bulgari, Ruși și Slovaci

A u t o r u l	J u d e ț e P r o v i n c i i	Cazuri	Frecvența grupelor				A+B B+A	Frecvența genelor			p+r q+r	r-p q
			AB	A	B	O		p	q	r		
S. Manuila ¹⁾	(Bulgari) ²⁾ Timiș	372	8,3	45,4	14,8	31,5	2,32	32,0	12,3	56,1	1,288	1,96
S. Manuila ¹⁾	(Ruși) Maramureș	400	20,3	39,2	22,5	18,0	1,39	36,4	24,4	42,4	1,184	0,25
S. Manuila ¹⁾	(Slovaci) Arad ³⁾	461	8,2	31,3	15,8	44,7	1,64	22,2	12,8	66,9	1,119	3,49

¹⁾ C. R. Société de Biologie, 1924, pp. 1071—1073.²⁾ Din comuna Vinga, jud. Timiș.³⁾ Din comuna Nădlac.

F) Țigani

A u t o r u l	J u d e ț e P r o v i n c i i	Cazuri	Frecvența grupelor				AB+A	AB+B	Frecvența genelor			p+r q+r	r-p q
			AB	A	B	O			p	q	r		
P. Râmneanțu ¹⁾	Sud-Estul Transilvaniei Târnava-Mică ³⁾ Năsăud ⁵⁾	443	17,30	31,75	34,01	16,93	0,96		28,6	30,2	41,2	0,978	0,42
P. Râmneanțu ²⁾		98	9,18	33,67	18,37	38,78	1,56		23,6	14,1	62,3	1,125	2,74
Hesch ⁴⁾		102	8,8	27,4	37,3	26,5	0,78		20,1	26,5	51,5	0,918	1,18

¹⁾ Buletin Eugenic și Biopolitic, 1935, Nr. 4—5—6.²⁾ Buletin Eugenic și Biopolitic, 1938, Nr. 7—8.³⁾ Dumbrăveni.⁴⁾ P. Steffan, Handbuch der Blutgruppenkunde. München, 1932.⁵⁾ Dumitrița.

G) Tipurile sangvine M, N și MN la câteva neamuri din Transilvania

A u t o r u l	N e a m u l	J u d e ț u l	Nr. per- soanelor	M (Număr) %	N (Număr) %	MN (Număr) %	s ¹⁰⁾	t ¹¹⁾	s—5	s t
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
P. Râmneanțu ¹⁾	Români	Hunedoara ²⁾	493	(144) 29,21	(103) 20,89	(246) 49,90	5,444	4,556	+ 0,444	1,195
P. Râmneanțu ¹⁾	Români	Hunedoara ³⁾	479	(144) 30,06	(114) 23,80	(221) 46,14	5,304	4,696	+ 0,304	1,130
P. Râmneanțu ¹⁾	Români	Hunedoara ⁴⁾	520	(165) 31,73	(113) 21,73	(242) 46,54	5,486	4,514	+ 0,486	1,215
Olga Necrașov ⁵⁾	Români	Iași ⁶⁾	320	(86) 26,87	(68) 21,25	(166) 51,88	5,29	4,71	+ 0,290	1,125
P. Râmneanțu ¹⁾	Sași	Târnava-Mică ⁷⁾	474	(153) 32,28	(93) 19,62	(228) 48,10	5,628	4,372	+ 0,628	1,287
P. Râmneanțu ¹⁾	Unguri	Cluj ⁸⁾	509	(154) 30,26	(122) 23,97	(233) 45,78	5,308	4,692	+ 0,308	1,131
P. Râmneanțu ¹⁾	Țigani	Târnava-Mică ⁹⁾	98	(28) 28,57	(26) 26,53	(44) 44,90	4,903	5,097	— 0,107	0,962

¹⁾ Buletin Eugenic și Biopolitic, 1938, Nr. 7—8.²⁾ Nucșoara.³⁾ Costești și Ludești.⁴⁾ Căramizănești și Certejul-de-Jos.⁵⁾ Academia Română, Studii și cercetări, XII, 1941.⁶⁾ Iași, studenți.⁷⁾ Zagăr.⁸⁾ Izvorul-Crișului.⁹⁾ Dumbrăveni.

$$^{10)} s = \frac{1}{2} (10 + \sqrt{M} - \sqrt{N})$$

$$^{11)} t = \frac{1}{2} (10 + \sqrt{N} - \sqrt{M})$$

Citind în aceste tabele frecvența grupelor de sânge și comportarea diferiților indici calculați pe baza celor dintâi, în linii mari putem stabili, că populația din România, urmează anumite principii fundamentale, destul de bine cristalizate.

1. Românii pe axa Anglia—India și în triunghiul serorastial sunt așezați între celelalte neamuri neolatine și sunt apropiați de popoarele din Balcani.

2. Fragmentele de neamuri colonizate sau infiltrate în România, cum sunt Ungurii, Șvabii, Sașii, Sârbii, Bulgarii, Rușii, Slovaci, Evreii și Țiganii au frecvențe și indici perfect identici cu ai neamurilor matcă, de care mai de mult sau mai recent s'au desfiat.

3. Săcuil — adică populația din Sud-Estul Transilvaniei, care după obiceiuri și port e românească, iar după limba vorbită e maghiară — sunt din punct de vedere al compoziției lor serologice, perfect egali cu Românii din aceeași regiune și complet deosebiți de neamurile din Asia sau originare de acolo. Săcuil, de origine etnică Român, cu excepția (deci a Sașilor să-

culzați din Alta-Mare, Dăinic, Jimbor și Haghlău au următoarele frecvențe de gene și valori ale indicilor sangvini: p = 35,0; q = 14,8; r = 50,2; indicele Hirsfeld ¹⁾ = 2,12; indicele Wellisch ²⁾ = 1,31 și indicele Rubatkin ³⁾ = 1,03.

4. Românii, în raport cu diferitele regiuni cercetate, au frecvențele grupelor de sânge și valorile celor trei indici calculați pe baza lor cât se poate de apropiați față de alte neamuri asupra cărora cunoaștem rezultatele mai multor cercetări. Frecvențele genelor și valorile indicilor sunt cuprinse între limitele: p = 23,3—42,3; q = 6,8—17,3; r = 47,1—65,7; indicele Hirsfeld = 1,50—4,5; indicele Wellisch = 1,129—1,600 și indicele Rubatkin = 0,66—3,89. Mediile ponderate apro-

$$^1) \text{Indicele L. Hirsfeld} = \frac{AB + A}{AB + B}$$

$$^2) \text{Indicele Wellisch} = \frac{p + r}{q + r}$$

$$^3) \text{Indicele Rubatkin} = \frac{r - p}{q}$$

xlmativale ale acestora sunt: $p = 30,3$; $q = 12,5$; $r = 57,2$; Hirschfeld = 2,22; Wellisch = 1,25 și Rubatkin = 2,20.

Gena q, cu excepția cercetărilor făcute de D. C. Georgescu în Runcu-Gorj și a celor publicate de O. Neacșov, referitoare la Basarabia de Nord, nicăieri în România nu a trecut de 15% „limită de sânge” care separă istoric și biologic popoarele europene de cele asiatice. Românii nu se pot deci înșira nici sub aspectul sângelui alături de Finlandezi, Estoni, Letoni, Lituanieni, Poloni, Unguri, Ruși, Slovaci și Turci.

Dacă facem excepție de rezultatele cercetărilor în care autorii au explicat o vădită influență străină, atunci constatăm că masa rezultatelor rămase au limite și mai apropiate una de alta decât cele de sus. Astfel

ele în majoritate se apropie de mediile ponderate pe care noi le-am calculat, ținând seama de toate cercetările făcute până de prezent asupra Românilor. Convergența aceasta este expresia cea mai semnificativă a unității biologice și purității neamului românesc.

5. Proprietățile subrupelor sanguine M și N, care se moștenesc ca o singură pereche alelomorfă, variază cu originea etnică a diferitelor tulpini de populație ca și grupele sanguine principale și ca atare pe baza rezultatelor de până acum, pentru ele încă putem construi o linie reprezentativă. Aceasta în urma cercetărilor pe care le avem la îndemână, adunate de R. Routil¹⁾ și completate cu ale noastre din România, obținute pe un număr mai mare de subiecți, are următorul mers.

H) Indicele $\frac{s}{t}$ al subgrupelor sanguine la câteva neamuri

Neamul subiecților cercetați	$\frac{s}{t}$	Neamul subiecților cercetați	$\frac{s}{t}$
Indiani	3,476	Români (Transilvania)	1,215
Japonezi	1,575	Români (Transilvania)	1,195
Suedezi	1,470	Belgieni	1,182
Olandezi	1,369	Danezi	1,170
Germani (Austria)	1,343	Americani albi (America de Nord)	1,159
Germani (Danzig)	1,299	Fini	1,154
Sași (Transilvania)	1,287	Unguri (Transilvania)	1,131
Italiani	1,283	Pigmei	1,063
Francezi	1,260	Negri	1,073
Ruși	1,257	Țigani (Transilvania)	0,962
	1,240		

$$s = \frac{1}{2} (10 + \sqrt{M} - \sqrt{N}); t = \frac{1}{2} (10 + \sqrt{N} - \sqrt{M}).$$

Cercetări noi asupra distribuției grupelor de sânge în România

Din tabelele precedente reiese că sunt încă multe regiuni din țară în care frecvența grupelor de sânge ne-a rămas necunoscută. Faptul acesta ne-a determinat ca la stabilirea grupelor de sânge asupra soldaților din garnizoanele Sibiu și Turnu-Severin, în vederea transfuziilor, să ținem seamă de locul de origină și de neamul declarat al cercetaților. Astfel rezultatele individuale pe neamuri și județe ne-au furnizat date noi și referitoare la frecvența grupelor de sânge în masa populației. Ele prezintă chiar și unele particularități destul de însemnate: sunt eșantioane cu valoare mai urcată

decât cele de proveniență din aceeași colectivitate, unde riscul găsrilor unei segregări și influențe străine e mai accentuat; gradul înegal de înrudire între colectivități a eliminat; apoi cifra subiecților cercetați într'un județ de cele mai multe ori se apropie de 500, cât e necesar, conform calculului probabilității, ca rezultatele să poată fi considerate semnificativ reale.

Rezultatele obținute, pe cei 8962 de subiecți examinați, le redăm în următoarea tabelă însoțită și de o grafică, întocmită pentru Români, Șvabi, Sași, Unguri și Țigani.

I) Grupele de sânge la soldați. (Cercetări noi)

Neam, Județe, Provincii	Cazuri	Frecvența grupelor. Cifre și procente				AB+A BA+B	Frecvența genelor			$\frac{p+r}{q+r}$	$\frac{r-p}{q}$
		AB	A	B	O		p	q	r		
A) Români											
Dolj	635	(38) 5,984	(269) 42,362	(107) 16,850	(221) 34,803	2,12	28,49	12,52	58,99	1,223	2,44
Gorj	237	(13) 5,485	(95) 40,084	(47) 19,831	(82) 34,599	1,80	26,91	14,27	58,82	1,173	2,24

1) R. Routil. Zeitschrift für Rassenphysiologie. Bd. 10, H. I.

Neam, Județe, Provinci	Cazuri	Frecvența grupelor. Cifre și procente				AB+A AB+B	Frecvența genelor			p+r q+r	r-p c
		AB	A	B	O		p	q	r		
A Români											
Mehedinți	1,870	(145) 7,754	(739) 39,519	(352) 18,824	(634) 33,904	1,78	27,42	14,35	58,23	1,180	2,15
Romanați	450	(24) 5,333	(198) 44,000	(77) 17,111	(151) 33,556	2,20	29,48	12,59	57,93	1,240	2,26
Vâlcea	275	(19) 6,909	(111) 40,364	(40) 14,545	(105) 38,182	2,20	25,43	12,78	61,79	1,170	2,84
Ilfov	328	(20) 6,098	(132) 40,244	(49) 14,939	(127) 38,720	2,20	26,70	11,08	62,22	1,213	3,21
Muntenia	929	(45) 4,844	(361) 38,859	(172) 18,514	(351) 37,783	1,87	25,52	13,01	61,47	1,168	2,76
Hunedoara	412	(25) 6,068	(176) 42,718	(65) 15,777	(146) 35,437	2,23	28,66	11,81	59,53	1,236	2,61
Sibiu	1,312	(81) 6,174	(519) 39,558	(218) 16,616	(494) 37,652	2,01	26,42	12,22	61,36	1,193	2,86
Cluj, Turda, Alba, Bihor	336	(20) 5,952	(143) 42,560	(54) 16,071	(119) 35,417	2,20	28,52	11,97	59,51	1,232	2,59
Alte județe din Ardeal	242	(8) 3,306	(98) 40,496	(45) 18,595	(91) 37,603	2,00	26,04	12,64	61,32	1,181	2,79
Caras	146	(8) 5,479	(59) 40,411	(27) 18,493	(52) 35,616	1,91	26,98	13,34	59,68	1,187	2,45
Severin	282	(16) 5,674	(120) 42,553	(49) 17,376	(97) 34,397	2,09	28,56	12,79	58,65	1,221	2,35
Timiș	247	(13) 5,263	(104) 42,105	(44) 17,814	(86) 34,818	2,05	28,08	12,92	59,00	1,211	2,39
Arad	405	(29) 7,160	(160) 39,506	(57) 14,074	(159) 39,259	2,20	26,51	10,81	62,66	1,214	3,34
B) Germani											
Șvabi. Banat. Arad	212	(5) 2,358	(113) 53,302	(20) 9,434	(74) 34,906	4,72	34,13	6,79	59,08	1,415	3,67
Sași. Transilvania	239	(5) 2,092	(105) 43,933	(31) 12,971	(98) 41,004	3,06	27,33	8,64	64,03	1,257	4,25
C) Unguri											
Transilvania	311	(22) 7,074	(122) 39,228	(66) 21,222	(101) 32,476	1,64	27,20	15,81	56,99	1,156	1,88
D) Țigani											
România	94	(9) 9,574	(29) 30,851	(28) 29,787	(28) 29,787	1,03	23,05	22,37	54,58	1,009	1,41

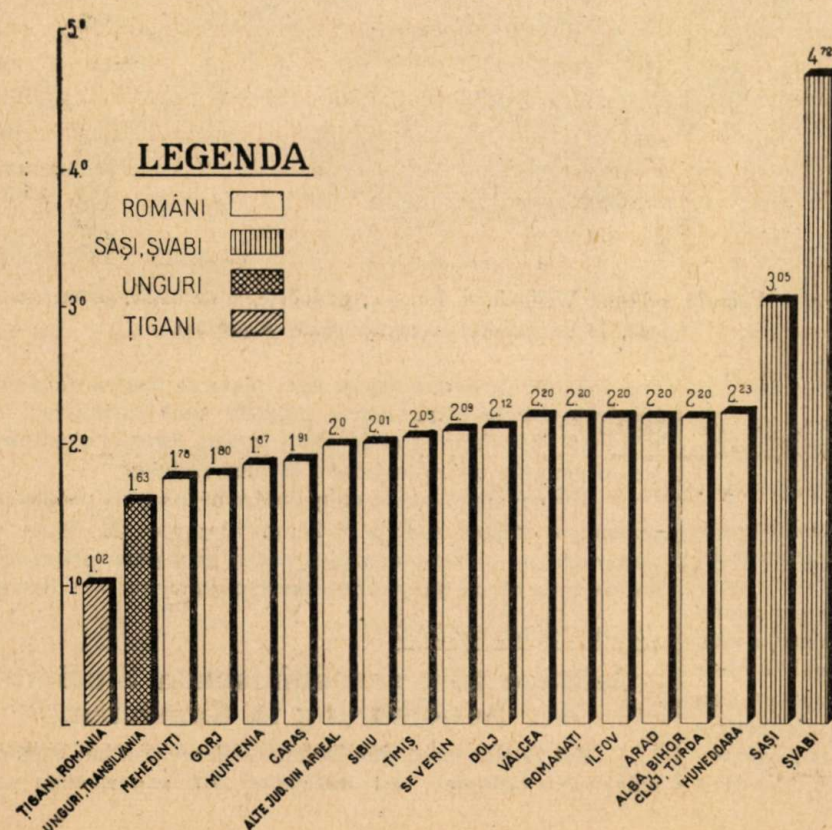


Fig. 3. Indicele Wellisch, pe baza datelor din tabela I.

Rezultatele expuse în această tabelă și în figura de alături ne îndrăgesc să desprindem mai multe constatări.

1. Români examinați de noi, reprezentanți aproape a tuturor colectivităților din anumite județe, prezintă proprietăți sanguine rasiale foarte puțin variabile. De la un județ la altul, frecvența genei p variază numai cu 4,05 puncte, de la 25,43—29,48, a genei q cu 3,54 puncte, de la 10,81—14,35 iar r cu 4,73 puncte, de la 57,93—62,66 pe când, rezultatele obținute pe colectivități singuratiche, după cum am văzut în prima tabelă referitoare la Români, au un câmp de dispersiune mai mare. Apropierea aceasta între rezultate, nu e un artificiu statistic, ci e datorită factorilor de eliminare a proceselor de segregare și inegalitate de înrudire pe care deja i-am amintit. Cu alte cuvinte, formularea de coeficienți sanguini pe subiecți luați din mai multe colectivități, ne apropie de realitate și nu ne îndepărtează.

Examine intervalurile de variație, notate mai înainte și prin prisma valorilor

de bază o frecvențelor care le-au produs, adică prin valori relative, reiese că ordinea crescândă a variațiilor date de cele trei gene e în sensul: $r < p < q$. Frecvențele genelor r și p variază cel mai puțin, iar q cel mai mult. Acest câmp de variații coroborează presupunerile savante după care, în timpurile preistorice, rasele umane primitive au aparținut grupei O, iar A și B au apărut ulterior. Intradevăr dela prima aruncare de ochi, asupra tabelii precedente, reiese că suma frecvențelor genelor r și p e mai mare, adică s'a păstrat mai urcată în județele de munte, în Hunedoara, Alba, Bihor, Cluj și Turda. Ori se știe prea bine, că tocmai acestea au constituit locurile de adăpost ale Străromânilor, unde nu a putut sub nicio formă să străbată sânge străin, Gena q , la rândul ei difuzată în Europa mult mai târziu decât p , mai ales prin invazia popoarelor asiatice, am găsit-o mai frecventă în județele Gorj, Mehedinți, Caraș și în Muntenia, adică în regiunile în care și astăzi vedem că are loc o infuziune de sânge asiatic, adus de neamul cel mai din spre Est, de pe axa Anglia—India.

Această conservare a proprietăților mai vechi de sânge, adică a genelor r și p , în mijlocul munților, a fost relevată și de V. Papilian—C. Velluda, Gh. Popoviciu—I. Birău și O. Necrașov. Noi, prin ajutorul indicelui formulat de Wellisch, încercăm să redăm, această conservare mai pură a sângelui strămoșesc în munți, prin grafica următoare:

În această grafică prin intensitatea hașurării, ne dăm seamă clar, că proprietățile r și p s'au păstrat urcate, în afară de județele amintite și în munții Rodnei, în Carpații din Câmpulung-Bucovina, în munții Vrancei și în general în toate părțile muntoase locuite de Români.

Mediile frecvențelor date de gene și ale indicilor obținuți pe cei 8106 de Români

examinați de noi sunt: $p = 27,25$; $q = 12,78$; $r = 59,97$; Hirszfeld = 1,99; Wellisch = 1,20; Rubatkin = 2,56. După cum vedem toate mediile se apropie de cele stabilite pe baza cercetărilor expuse în tabelă A. Comparate însă atent, frecvența mai urcată a genei q e evidentă. Și e logic să fie așa, când rezultatele acestea sunt obținute mai ales pe subiecți din Oltenia și Muntenia, cu toate că în niciun județ nu am găsit valoarea genei q peste 15.

2. Șvabii din Banat și Sașii din Transilvania au indicii Hirszfeld și Wellisch mai urcați decât Românii. Aceasta se datorește nu atât faptului că au o frecvență mai urcată a proprietății p , ci fiindcă au proprietatea asiatică mult mai scăzută decât Românii. În general, atât frecvențele genelor, cât și indicii îi au egali cu tulpinele germane de care s'au deslăcut.

3. Ungurii, având proprietatea q sau asiatică frecventă, ne-au dat indici mult mai mici decât Românii. La fel Țigarii, care sunt și mai săraci în proprietatea p și mai bogați în cea asiatică chiar decât Ungurii.

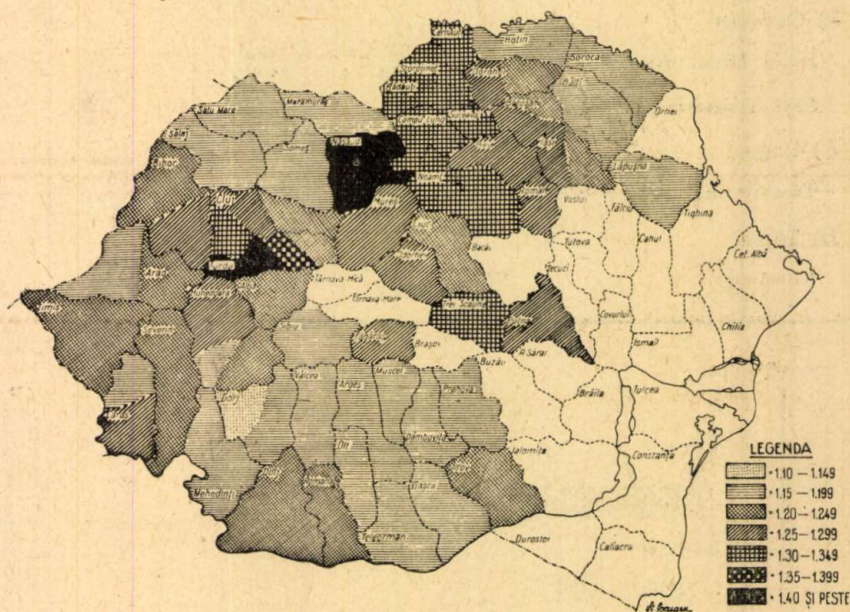


Fig. 4. Valorile indicelui Wellisch, la Români, pe județe, în România, pe baza celor 47,373 de subiecți examinați până de prezent.

RESUMÉ

Nouvelles contributions à l'étude séroethnique de la population de la Roumanie.

En déterminant la réaction d'isohémaglutination chez 8,105 soldats roumains, 451 allemands, 311 hongrois et 94 tziganes on a constaté que la fréquence des groupes sanguins chez les différents peuples varie dans un sens bien connu aujourd'hui. Les allemands ont la proportion la plus forte de la propriété européenne (p) et qui est égale à celle des allemands d'Allemagne. Cette proportion est un peu plus réduite chez les roumains. Elle l'est encore d'avantage chez les hongrois, chez lesquels elle se trouve superposée avec celle d'autres races asiatiques, Les tziganes l'ont dans

une mesure presque égale que d'autres races de l'Inde. La propriété asiatique varie dans le sens contraire: les tziganes l'ont dans la proportion la plus forte et c'est chez les allemands qu'on la trouve la plus réduite.

Les roumains ont la moyenne pour les trois propriétés sanguines comme suit: $p = 27$; $q = 13$; $r = 60$. Dans les départements montagneux le p est un peu plus fort et le q un peu plus réduit par rapport au départements des plaines.

ZUSAMMENFASSUNG

Beiträge zum seroethnischen Studium der Bevölkerung in Rumänien.

Bei Bestimmung der Isohaemaglutination bei 8106 rumänischen Soldaten, 451 deutschen, 311 ungarischen und

Somniferul cu efect sigur

chiar și în doze mici
($\frac{1}{2}$ tabletă), somn recon-
fortant și o deșteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, București



CALCIRON TRENKA

Guajacol - Calciu - Sirop de Malt

Gust foarte plăcut. Îl iau cu plăcere și copiii mici.

Ambalaje originale de 100 și 300 gr.

Ambalajul de 300 gr. costă cât 2 de 100 gr.

EUCARBON TRENKA

Ambalaj original de 40 și 100 Tablete.

— Unul dintre cele mai probate și eficiente produse germane —

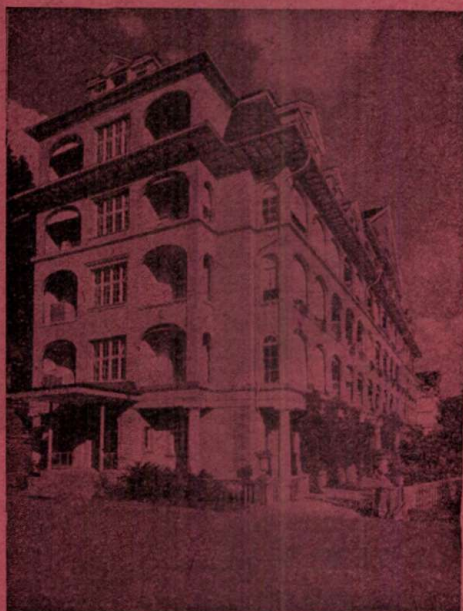
REPREZENTANT:

Mr. G. HIETSCH, Sibiu - Strada Gh. Coșbuc Nr. 15

Laborator chimico-farmaceutic

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

în camere pt. două persoane dela RM 9

în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmeler**

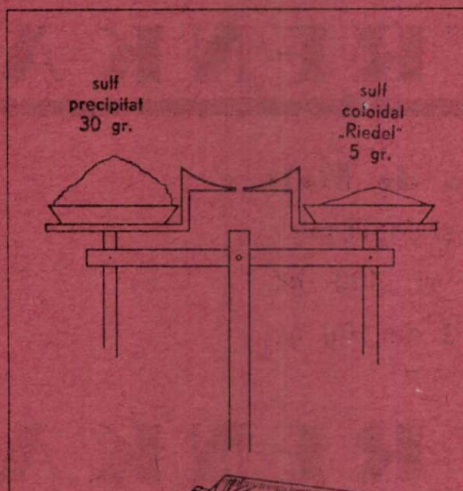
Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnhof Seebrugg (Deutschland)

CATAMIN

conține SULF COLOIDAL



Grație concentrației mici se evită
iritațiunile.

Acțiunea puternică este asigurată
prin dispersiunea în particule mici.

Indicațiuni:

Scabie
Pitiriază
Eczeme
Prurigo
Intertrigo
Acnee

Forme de prezentare: Tuburi de 30 și 55 gr.

J. D. RIEDEL E. de HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

Reprezentant pentru România: **RUDOLF FOREK**

București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

94 Zigeunern konnte konstatiert werden, dass das Verhältnis der einzelnen Blutgruppen bei den verschiedenen Volksstämmen einen heute bereits gut bekannten, bestimmten Charakter aufweist. Die Deutschen weisen den höchsten europäischen Eigenschaft (p) auf, ähnlich dem der Deutschen im Reich. Bei den Rumänen ist dieser Eigenschaft etwas geringer. Bei den Ungarn ist er noch weiter reduziert, ähnlich dem anderer asiatischer Völker. Bei den Zigeunern ist er gleich dem anderer Stämme aus Indien. Die asiatischen Eigenschaf-

ten (q) sind im umgekehrten Verhältnis vertreten: die Zigeuner haben die meisten, dagegen die deutschen die wenigsten.

Die Rumänen haben im Durchschnitt folgende Bluteigenschaften: und zwar $p = 27$, $q = 13$, $r = 60$. In den Berggegenden ist p etwas höher, q etwas herabgesetzt gegenüber den Gegenden der Ebene.

INSTITUTUL DE IGIENĂ ȘI BIOPOLITICĂ

Director: Prof. Dr. Iuliu Moldovan

Două cazuri de apendicită în perioada de debut a febrei tifoide

de

Dr. Ioan Danicico,

medic primar de spital

În cursul anului 1938, în regiunea Oraviței, bătând o epidemie de febră tifoidă, am avut ocazia să observăm două cazuri la care debutul apendicular a mascat într-o măsură oarecare tabloul cunoscut al febrei tifoide. Acest debut fiind rar semnalat în cursul febrei tifoide — abia dacă se găsesc adunate vreo zece cazuri în literatură — credem că reproducerea lor prezintă cel puțin un interes documentar, dacă nu chiar practic.

Obs. 1. Eutopia F., în vârstă de 46 ani intră în spital în ziua de 19 Octombrie 1938.

În antecedentele ereditare nimic deosebit; în cele personale trei nașteri la termen, copiii trăiesc, sunt sănătoși.

Boala actuală a debutat cu 8 zile înainte de a intra în spital și s'a manifestat prin inapetență, oboseală, dureri de cap și febră. În a patra zi de boală, la fenomenele de mai sus, se asociază dureri abdominale, greață și vărsături, fenomene care se mențin timp de patru zile, când, consultând un medic, acesta o îndrumă la spital cu diagnosticul de apendicită acută.

La examenul obiectiv avem în fața noastră o bolnavă de statură mijlocie, de constituție debilă, ușor abătută, răspunzând cu greu la întrebările noastre.

Reflexele oculare și osteotendinoase păstrate.

Nimic de remarcat la extremitatea cefalică și nici din partea celorlalte extremități.

Toracele și organele lui (cord și pulmon) libere.

Din partea tubului digestiv și a abdomenului constatăm următoarele: Limba încărcată și tremurândă; abdomenul ușor balonat; splina mărită, marginea ei atingând rebordul costal; ficat între limite normale; ușoară apărare musculară în fosa iliacă dreaptă, aici i se palpează un bloc de mărimea unui pumn de bărbat.

Nimic din partea organelor genitale. Logile renale libere. Puls 90, temperatură 38.6. Leucocitoză 4800. În urină nimic patologic.

Două diagnostice se suprapun în acest caz, chiar dela prima examinare: cel de febră tifoidă, intricat cu cel de apendicită perforată și blocată.

Conduita, dată fiind blocarea apendicitei, era clară: tratament conservativ, constând în regim hidric și punge cu ghiață. Această conduită a servit ambele afecții deopotrivă. Căci în termen de 17 zile am obținut de o parte defervescență, de altă parte regresarea blocului.

Trebuie însă să semnalăm că și această bolnavă ca de altfel la toți bolnavii de febră tifoidă — îngrijiți de noi — am mai administrat vitamina C. și transpulmină în injecții, măsură care ni s'a făcut cu efecte foarte bune, fiindcă toate cazurile, tratate de noi dela început, s'au vindecat.

Totuși cazul nostru n'a fost ferit de complicație, căci în a 23-a zi de boală a făcut o flebită stg. care de altfel a avut o evoluție foarte benignă.

Între timp reacția Widal, pe sângele prelevat la intrarea în spital, ne-a dat rezultat pozitiv de 1/320 (Lab. de Igienă, Timișoara, Nr. 3670).

Pentru apendicită intervenim abia după 68 zile de completă afebrilitate, când, în ziua de 12/I. 1939, sub anestezie locală extirpăm un apendice scleros, peritoneul ne prezentând nicio urmă din blocul apendicular dela începutul afecțiunii.

Mersul postoperator fără complicații, bolnava părăsește serviciul în ziua de 30/I. 1939 vindecată.

Obs. 2. B. Ana 27 ani, casnică intră în serviciu în ziua de 6 Martie 1939.

Nimic în antecedentele hereditare.

În antecedentele personale 2 copii născuți la termen și sănătoși. Nu poate preciza ce maladii infecto-contagioase a avut în copilărie. În satul ei febra tifoidă e endemică.

Boala actuală a debutat cu vreo 4 zile înainte, și s'a manifestat, ia început cu dureri de cap, oboseală și senzație de febră. În a patra zi de boală, în orele de dimineață, bolnava, pe lângă fenomenele mai sus menționate mai prezintă și dureri abdominale, la început difuze, mai apoi localizate în fosa iliacă drp.

Pentru acest din urmă fenomen ne consultă.

La examen obiectiv avem în fața noastră o bolnavă robustă. Sensoriul clar. Reflexe păstrate. Limba ușor încărcată, dar aspectul ei nu ne dă de bănuț că ar fi vorba de o febră tifoidă. Nimic la extremitatea cefalică și celelalte extremități. Câteva raluri de bronșită la nivelul pulmonului dr. Cord normal; puls 84.

Abdomenul de conformație normală. Totuși la palpare se observă o netă apărare musculară în fosa iliacă dr. punctul apendicular fiind net sensibil.

Blumberg pozitiv.

Ficatul între limite normale.

Splina foarte puțin mărită, la percuție. Logile renale libere. Nimic deosebit la organele genitale.

Temperatura 38,2 Leucocitoza 8000. Puls 84. În urină nimic patologic.

Deși temperatura în oarecare discordanță cu leucocitoză, date fiind însă fenomenele locale nete de suferință apendiculară și obișnuite cu lipsa reacției leucocitare tocmai în unele cazuri de apendicită gangrenoasă, intervenim destul de siguri pe diagnosticul de apendicită. În aceeași zi în orele de după masă cu anestezie locală și incizie Ronx, extirpăm un apendice îngroșat, edematizat și puternic inflammat.

Dat fiind faptul că leziunile macroscopice au fost evidente, n'am mai explorat ileonul. Cecul exteriorizat neprezentând nicio modificare patologică.

Evoluția locală a plăgii normală, în ziua a VII-a am putut suprima firele.

Totuși bolnava continuă să febricitze. Ba la un moment dat, din ziua a noua de boală, apar chiar și frisoane. Frisoanele se repetă aproape zilnic până în a 14-a zi de boală când bolnava sucombă. Splina în acest timp e evident mărită.

Adinamie e foarte pronunțată. Pulsul mereu între 130—140 depresibil. Tensiunea arterială, luată în a 12-a zi de boală, e 9—5 V. L. Apare și albumina în urină. Urina e în cantitate f. redusă.

Tot în acest timp reacția Widal, făcută pe sângele prelevat în a 10-a zi de boală ne dă rezultat pozitiv cu titru de 1/640 (No 1333 Lab. de Igienă Timișoara), pentru bac. tif. Leucocitoza după frisonul din ziua a 11-a de boală 7200.

Odată cu rezultatul reacției Widal s'a conturat și diagnosticul. Totuși era vorba de o formă mai puțin obișnuită de febră tifoidă și ca debut și ca evoluție, dar mai ales ca sfârșit. Debutul a fost mascat de fenomenele apendiculare, evoluția a fost perturbată de frisoane ceea ce denota o stare profund septică, iar sfârșitul determinat de fenomene cari pledează pentru o gravă insuficiență suprarenală.

Imprejurări, independente de voința noastră, ne-au lipsit de verificarea autopsică a cazului.

Apendicita, complicând evoluția febrei tifoidă, a fost semnalată în toate fazele de evoluție a febrei tifoidă: la debut, în plină evoluție și în convalescență.

În convalescență complicația apendiculară nu se deosebește cu nimic de manifestările obișnuite ale apendicitei, diagnosticul nu e mascat de niciun fenomen al febrei tifoidă care s'a consumat. Deci nici tratamentul nu comportă dificultăți.

În plină evoluție de febră tifoidă, în schimb apendicita e susceptibilă a fi confundată cu manifestările premergătoare complicațiilor din febra tifoidă și de obicei se ajungea la perforația apendiculară când tabloul clinic se confundă cu perforația ileală.

Paratific B. cu localizare ceco apendiculară pare în special a predispune la perforație apendiculară în plină evoluție a boalei. Cazul Widal, Abram, Brissaud, și Welssenbach sub acest raport pare a fi, după cum foarte bine îl caracterizează Mondor, o adevărată expe-

riență; în acest caz după 15 zile de stare paratifică, în cursul căreia hemocultura a pus în evidență b. paratific B. deodată au apărut fenomene de apendicită acută, care în 24 ore au dus la exitus. La autopsie s'au găsit leziuni difuze mai ales la cec și apendice, acesta din urmă perforat, determinând peritonită supraacută. Bacilul paratific B. a existat în cultură aproape pură în cec și apendice.

Molrond și Avlernos au semnalat un caz de perforație apendiculară în a 37-a zi de evoluție tifică. La operația făcută pentru peritonită s'a găsit un apendice perforat la vârf.

Bolnavul s'a vindecat.

Tot aici poate fi citat cazul lui I. Dor, care la început de convalescență prezintă simptome de perforație, operația a arătat că e vorba de un apendice perforat.

Pe de altă parte Menearelli care a examinat 25 apendice pe bolnavi morți de febră tifoidă, în 2 din acestea a găsit perforație pe apendice.

Aceasta dovedește că perforația apendicelui în cursul evoluției unei febre tifoidale poate fi ușor trecută cu vederea, cum de altfel perforația ileală însuși poate fi frustră.

În tot cazul însă în fața unui tablou peritoneal, cu sau fără diagnostic de localizare, suntem obligați să intervenim cât mai precoce posibil, căci după cum spune și Mondor, este preferabilă o laparatomie inutilă, decât abținerea care să determine o operație întârziată, când chirurgicalul ajunge să fie neputincios în fața unei peritonite septice prin perforația apendiculară sau a ileonului.

Dar majoritatea publicațiilor privind apendicita în cursul evoluției febrei tifoidale, vizează în special apendicita din perioada de debut a febrei tifoidale. În această categorie intră cazurile, Molzard (1899), Coulomb (1899), Hesse (1913), Orlicon și Amenille (1914), Grenet și Fortinean (1915), cu 3 cazuri. Rosenthal (1930), Kelly (înainte de 1933), Mondor (înainte de 1933), Solcard și tot aici intră și cele două cazuri descrise de noi.

Iar ceea ce a îndemnat pe majoritatea autorilor la publicarea cazurilor lor, credem că a fost particularitatea că în aproape toate cazurile apendicita a avut caracterul să mascheze debutul febrei tifoidale: apendicita deschide scena unei febre tifoidale nemanifestate. De aici și numirea de apendico-tifos, ce s'a dat acestei forme de febră tifoidă.

Acest debut al febrei tifoidale se întâlnește atât în febra tifoidă propriu-zisă (Kelly, Mondor, Solcard și Badelon, Chosson și cazurile noastre), cât și în febra paratifică (Rosenthal).

Diagnosticul, atâta vreme cât infecția tifică nu e manifestă, nu întâmplină dificultăți; durerea din fosa iliacă dreaptă e îndreptarul obișnuit spre acest diagnostic.

Doar poate lipsa reacției leucocitare, pe lângă o febră disproporțional mai mare față de cea obișnuită, în apendicită, ar putea să temporizeze indicația operatorie, cum s'a întâmplat în cazul lui Tolcard și Badelon ca și în cazul nostru Nr. II.

Diagnosticul însă e mai esitant în cazurile în care semnele de febră tifoidă sunt depistate.

Într'adevăr, după cum am văzut și în categoria de cazuri cu febră tifoidă ignorată, principalul semn pe care se bazează diagnosticul de apendicită e durerea. Or, și în cursul evoluției obișnuite a febrei tifoide poate exista durere care predomină fosa iliacă dreaptă. Adăugând la aceasta și faptul că de obicei în aceste cazuri, pe lângă toată asociația apendiculară, nu se găsește reacția leucocitară, (așa e primul nostru caz, deși există bloc), înțelegem de ce tocmai în cazurile cu diagnostic de febră tifoidă, se ezită.

Tocmai de aceea Mondor și chiar și Solcard, în stabilirea diagnosticului insistă asupra semnelor locale.

Mondor dă mare importanță simptomului de contractură musculară persistentă și la un examen prelungit mai ales semnul de imobilitate abdominală în timpul respirației profunde comandate bolnavului.

Solcard de altă parte insistă asupra semnelor psosului, care constă în flectarea involuntară a coapsei, ori-decâteori se face o presiune asupra apendicelui bolnav. Dar și acest din urmă semn nu poate fi pus în evidență decât în perioada când încă nu a apărut apărarea musculară.

Și în cazurile noastre, atât în primul, cel cu bloc apendicular, cât și cel din urmă, diagnosticul s'a sprijinit numai pe semnele locale. Leucocitoza cu deosebire n'a fost deloc în concordanță cu gravitatea leziunilor apendiculare.

Leucopenia relativă, atât de caracteristică cu febra tifoidă, se pare că acompaniază și apendicita tifică și-l imprimă, până la un punct cel puțin, un caracter etiologic.

Căci etiologia apendicitei din cursul febrei tifoide încă nu e clarificată, fiindcă lipsesc în majoritatea cazurilor examenele bacteriologice. Totuși etiologia specifică nu pare exclusă.

În afară de leucopenia relativă, semnalată de Solcard și Badelon, și găsită și în cazurile noastre, pe lângă etiologie specifică mai predează și câteva examene bacteriologice. Astfel în cazul Widal, Abram, Brissaud și Weissenbach în apendicele perforate s'au găsit bacili paratifici B. De asemenea și în cazul lui Rosenthal în apendicele cu leziuni supurative destructive, s'a găsit tot b. paratifici B. Pe de altă parte examenul istologic în cazurile Kelly, Mondor a arătat leziuni de tip tific. În cazul lui Solcard și Badelon apendicele a prezentat o inflamație difuză, interesând toate tunicele sale cu amenințare de perforație, cu o mononucleoză dominantă,

care apare cu o caracteristică a unei inflamații histologic diferite de apendicitele acute observate obișnuit.

Se pare deci că în apendicitele care survin în cursul febrei tifoide sau paratifoide etiologia aparține unuia și aceluși microb provocator al acestor două afecțiuni. Guinard (citată de Mondor) la 1900 a mers chiar mai departe susținând, că în multe cazuri de apendicită supra-acută perforată nu e exclusă originea tifică, care ar putea fi descoperită dacă s'ar recurge în mod sistematic la reacția Widal; e vorba în special de formele fruste de f. tifoidă. Mondor se pare a fi de aceeași părere.

Primul nostru caz ne îndreptățește să punem aceeași întrebare pentru cazurile de bloc apendicular.

Cât privește tratamentul, el e în funcție de diagnostic. Principiile lui nu diferă de cele din apendicita comună. De adăugat doar aserțiunea lui Mondor, amintită cu ocazia apendicitei din plină evoluție a febrei tifoide: „mai bine o laparotomie precoce, uneori inutilă, decât o operație foarte întârziată care va lăsa pe chirurg neputincios, în fața unei septicemii prin perforație apendiculară sau a ilonului.

Noi, în primul nostru caz fiind vorba de un bloc datând de 4 zile, am făcut întâi tratament conservativ; am intervenit abia după rezorbția blocului în a 68-a zi de boală. În al doilea caz am intervenit precoce și credem că n'am influențat evoluția afecțiunii de bază, căci plaga în 7 zile s'a vindecat; bolnava noastră a fost răpită din cauza gravității bolii ei de bază și mai ales prin complicația ei suprarenală, a cărei natură, neputând face autopsia, n'am putut-o stabili.

Concluziuni:

Din studiul cazurilor culese din literatură, ca și din studiul celor două cazuri ale noastre, privind complicația apendiculară din cursul febrei tifoide, s'ar putea formula, în mod provizor cel puțin, câteva concluzii practice:

1. Apendicita poate surveni în oricare fază de evoluție a febrei tifoide sau paratifoide, și asociația aceasta pare cu deosebire frecvența în perioada de debut. Astfel că în cursul unei epidemii de febră tifoidă atențiunea noastră va trebui să fie fixată și asupra acestei posibilități.

2. Etiologia acestei apendicite pare a fi de aceeași natură cu afecțiunea de bază. Pe lângă aceasta pledează de o parte și leucopenia constatată în cazul lui Solcard și Badelon ca și în cazurile noastre, pe de altă parte, și examenul bacteriologic ca și cel istologic făcut în câteva cazuri din literatură.

3. Diagnosticul se bazează mai mult pe aprecierea fenomenelor locale, căci temperatura e în discordanță, prea mare față de cea cunoscută în apend-

cită, iar leucocitoza e în deficit chiar și în cazurile perforate (cazul nostru cu bloc).

4. *Principiul intervenției precoce și în apendicită tifică e de respectat. Cu excepția blocului, unde se va respecta opera naturală de apărare a organismului.*

(SERVICIUL DE CHIRURGIE DIN SPITALUL DE STAT ORAVIȚA)

Medic primar Dr. Ioan Danicico.

RÉSUMÉ

Deux cas d'appendicite dans la période de début de la fièvre typhoïde.

L'auteur décrit deux cas d'appendicite aiguës survenues dans la période de début de la fièvre typhoïde. On insiste sur le fait que le diagnostic dans ces cas se base plus sur les phénomènes locaux; la température est trop

grande pour une appendicite simple et la leucocytose est normale. Le principe de l'intervention précoce doit être respecté aussi dans l'appendicite typhique, à l'exception du bloc l'appendiculaire, où il existe une conduite fixée.

ZUSAMMENFASSUNG

Zwei Fälle von Appendicitis im Anfangsstadium einer Typhuserkrankung.

Der Autor beschreibt zwei Fälle von akuter Appendicitis, die im Anfangsstadium eines Typhus auftraten. Er legt Gewicht darauf, dass die Diagnose in solchen Fällen stehen mehr nur auf die lokalen Symptome stützen kann, da die Temperatur für eine gewöhnliche Appendicitis zu hoch ist und die Leukozytose fehlt. Auch bei der Typhusappendicitis muss die Frühoperation ausgeführt werden, abgesehen von Fällen mit perityphlitischem Infiltrat, die ihre eigenen Indikationsstellungen besitzen.

Coastă cervicală cu nevrita plexului brachial consecutivă

(Sindromul scalenic)

de

Dr. Gh. Usinevici

preparator universitar

Nevrita plexului brachial este un sindrom caracteristic. În etiologia lui găsim o serie de factori cauzali. De obicei sindromul este determinat de toxo-infecțiuni, uneori în colaborare cu frigul (angina, peritonsilită, pneumonia, focare dentare, luesul, paludismul, etilismul, diabetul, guta, uremia, avitaminoza B). Léri și Molin de Tryssien semnalează tbc. apical; de asemenea se cunosc nevrite ale plexului brachial provocate de artrita umerală. Ca și în alte etiologii și aici traumatismul își ocupă locul obișnuit, putând produce sindromul prin ridicarea bruscă a brațelor, narcoză, iar la copii după naștere.

Ca factori cauzali mai puțin obișnuiți, sunt citate tumorile fosei supraclaviculare, în special metastazele ganglionare ale tumorilor maligne: apoi anevrismul arterei subclaviculare și în sfârșit coasta supranumerară sau cervicală (Halsrippe).

Pentru un tratament cauzal rațional va trebui deci să căutăm etiologia cât mai precisă a sindromului nevritic, printr'un diagnostic diferențial riguros, iar rezultatele terapeutice obținute după aplicarea tratamentului corespunzător, vor fi dintre cele mai fericite.

În timpul din urmă s'a acordat o atenție deosebită îmbolnăvirilor plexului brachial, cauzate de coasta cervicală, scriindu-se numeroase lucrări în această direcție. Astăzi depistarea coastelor cervicale se face mai

ușor, grație simptomatologiei destul de bine conturată și cunoscută, aproape caracteristică, pe care o determină; totuși ultimul cuvânt îl are radiologia.

Aceste cazuri dau naștere la o strânsă colaborare dintre neurologie (partea clinică) și chirurgie (partea terapeutică), formând astfel un argument în plus, pentru necesitatea serviciului neuro-chirurgical.

Din punct de vedere morfologic, coasta cervicală poate apare sub diferite aspecte. Uneori găsim o coastă întreagă, asemănătoare celorlalte, osificată, care se inseră pe ultima vertebră cervicală, având un cartilaj propriu care o leagă de stern. Dacă e mai scurtă, incompletă, atunci fie că se termină liberă în musculatură, fie că se leagă de coasta I, sau de stern printr'un fascicol fibros sau chiar muscular (Riches). Alteleori apofiza transversă mai dezvoltată a vertebrei VII. cervicală este considerată ca o coastă supranumerară, putând și dăna să dea turburări la nivelul plexului brachial. Coasta cervicală poate determina turburări și la nivelul arterei subclaviculare.

Pentru elucidarea mecanismului de producere al tuturor acestor turburări, s'a emis o serie întreagă de păreri, fără ca vreuna, luată în parte, să dea explicația cea mai plauzibilă. Majoritatea autorilor sunt de acord că prezența coastelor supranumerare constituie un

loc de rezistență m'noră, favorizând astfel leziunile ale plexului. Cu toate acestea patogenia detaliată este încă obscură. Aceasta cu atât mai mult, cu cât sindromul plexului brachial prin compresie se găsește frecvent și la persoanele fără coastă cervicală sau apare unilateral în cazurile de coastă supranumerară bilaterală. De asemenea este curios faptul că deși congenitală, turburările ce le determină apar de abia în al doilea sau al treilea deceniu (uneori și mai târziu), iar altele prezenta anomaliei trece neobservată, mută, fără ca purtătorul ei să știe că este posesorul unei coaste supranumerare. Ochsner, Mims Gage și de Bakey din 100 purtători de coastă cervicală au aflat numai 9 persoane cu plângeri tipice.

S'au presupus leziuni compresive, ca urmare a raporturilor modificate ale coastei I. față de plexul brachial, fie prin strâmtarea triunghiului format de mușchii scaleni cu coasta I. (Pausepp), fie prin comprimarea plexului și arterei subclaviculare între coasta I (ridicată grație contracțiunii scalenului anterior) și coasta cervicală sau fascicolul ei fibros (Adson și Coffey).

Turburările apar de obicei unilateral, chiar și în cazurile de coastă bilaterală. După Streissler femeile ar prezenta mai frecvent acest sindrom, mai ales la menopauză (Bromwell) și în special de partea stângă. Henschen și Heuser au găsit turburările mai frecvente la dreapta, pe când Torelli, care a observat 32 bolnavi cu turburări, din 100 de purtători ai anomaliei, a constatat că partea stângă este preferată.

Cele de mai sus pledează pentru presupunerea că nu numai coasta cervicală este cauza turburărilor plexului brachial; această părere s'ar potrivi pentru majoritatea cazurilor. Tendința actuală este de a atribui o importanță causală tot mai mare mușchilor scaleni anterior, fapt care a determinat pe Naffziger, von Grant și pe autorii americani să creeze termenul de „Sindrom scalenic.” Naffziger și von Grant se bazează pe observațiile făcute la 12 bolnavi cu sindrom scalenic, deși nici unul n'avea coastă cervicală. Acești autori au acceptat o explicație, prin coborîrea anormală a centurei umerale, fie din cauza unui traumatism sau greutate, fie din cauza slăbirei congenitale a musculaturei, mai ales la femei (Wingsgate). Bertelsmann a găsit în mușchii modificări fibro-mioastice, similare acelor aflate în sterno-cleido-mastoidianul unor forme de torticolis al copiilor, atribuind acestor modificări mecanismul leziunilor plexului. La concepția lui se asociază și Henschen și Heuser.

O explicație acceptabilă ar fi aceea, care spune că anomalia ar da turburări asociate fie cu modificări traumatiche, fie inflamatorii. Presiunea exercitată timp îndelungat asupra nervilor de către coasta cervicală îl face mai sensibil față de anumiți factori infecțioși (Kramer). De asemenea atât mișcările brusce, executate

odată, cât și acțiunile forțate, repetate, ale umerilor sau brațelor sau artritele umerale cronice, ar contribui și ele (în prezența coastei cervicale și a unui factor infecțios) la comprimarea și lezarea trunchiurilor nervoase, constituind astfel punctul de plecare al primelor acuze. Spațiul anatomic prin care trece plexul, fiind însăși strâmt, este și mai mult redus prin tumefierea părților moi; în consecință apare ischemia, staza limfatică și edemul inflamator la nivelul plexului, care toate la rândul lor strâmtăază și mai mult spațiul, dând naștere unui cerc vicios. Acesta ar putea deci explica proveniența fenomenelor patologice dela nivelul plexului brachial.

Fenomenele subiective și obiective produse de coasta supranumerară se rezumă la parestezii, dureri, turburări motorii, sensitive și mai ales circulatorii (prin comprimarea arterei subclaviculare), acestea din urmă fiind în strânsă legătură cu prezența anomaliei.

În cazurile ușoare bolnavul are dureri supraclaviculare, care apar mai ales la inspirații profunde și sunt cauzate probabil prin presiunea fascicolului fibros, care deseori leagă coasta cervicală de claviculă. Pe lângă aceasta apar dureri și parestezii pe partea cubitală a antebrațului și la nivelul ultimelor două degete. Durerile se exacerbează la ridicarea de greutăți sau când bolnavul poartă o greutate pe umeri (o haină mai grea). Ele dispar dacă bolnavul își reazimă cotul sau dacă își ridică brațul deasupra capului.

În cazurile mai serioase apar și turburări de sensibilitate obiective în regiunea cubitală a antebrațului, iar la cazurile de gravitate pronunțată putem găsi pareze cu reflexe diminuate sau abolite și chiar atrofii, care corespund zonei C 8—D 1. Însă aproape patognomic este semnul turburărilor vasomotorii, mai ales că acestea pot fi prezente în lipsa parezei sau iritației nervoase. Astfel putem găsi pulsații în fosa supraclaviculară, anevrisme ale arterei subclaviculare, modificări ale pulsului radial; acesta este mai slab de partea bolnavă, se modifică la mișcările capului sau la respirațiile profunde, etc. Mâna apare mai rece și mai claudicantă. Langeron plasează turburările vaso-motorii pe primul plan. După acest autor ele pot să apară în crize, sub formă de „claudicații intermitente” ale brațului sau uneori chiar sub aspect de gangrenă.

Deci ori de câteori suntem în prezența unor astfel de turburări din partea plexului sau a arterei subclaviculare, să palpăm în fosa supraclaviculară respectivă, pentru a ne convinge de existența coastei supranumerare. Nu întotdeauna reușim s'o palpăm. De aceea deseori numai radiologia clarifică situația.

S'au descris o serie de semne quasi-caracteristice pentru prezența coastei cervicale. Astfel se dă o importanță deosebită sensibilității la presiunea exercitată asupra apofizei transverse a vertebrei VII. cervicale, cu

iradieri dureroase până în mână. Americanii atrag atenția asupra sensibilității la presiunea scalenilor. Flotow comprimând scalenul anterior, declanșează o criză dureroasă sau poate chiar diminuea pulsul radial. De asemenea durerea se mai poate provoca și prin ridicarea capului sau rotația lui spre partea bolnavă.

Când sunt prezente numai acuzele subiective, lipsind pareza și semnele obiective, vorbim de o simplă nevralgie. Atât aceasta, cât și celelalte tulburări ale plexului brachial (indiferent de factorul cauzal) trebuie diferențiate de afecțiunile aparatului de locomotie (articulații, mușchi) și de cele ale sistemului nervos central (siringo-miella).

Deci va trebui să fim atenți la articulația umărului sau la capsula ei. Când acestea sunt afectate, avem dureri la mișcările umărului, iar durerile nu iriază până în degete. Atât periartrita scapulo-umerală, cât și inflamația burselor seroase din jurul acestei articulații dau dureri circumscrise, neinteresând plexul sau trunchiul nervos, mișcările sunt dureroase, iar în prezența rigidității inflamatorii devin chiar imposibile. Pentru a depista natura nevritică a durerii, încercăm să întindem plexul bolnav, printr-o manevră asemănătoare semnului Lasègue, aplecând capul de partea sănătoasă. Tot pentru diferențiere ne mai putem servi și de semnul Bikeles: apariția durerii la ridicarea brațului cu antebrațul extins. Afecțiunile articulației pot da atrofii musculare în vecinătate, fără R. D. și fără tulburări de sensibilitate. De asemenea să nu pierdem din vedere posibilitatea coincidenței tulburărilor articulare și periararticulare cu o nevralgie.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut și cu siringo-miella, care apare de obicei însoțită de anomalii coloanei vertebrale, deci poate coexista și cu coasta supranumerară. Atât în nevrita plexului brachial, cât și în siringo-miella (putem găsi și tulburări de sensibilitate segmentare și tulburări vasomotorii. Însă hotărâtor pentru coasta cervicală este influențarea durerilor de mișcările brațului, ceea ce nu găsim în siringo-miella; apoi tulburările pulsului. Pentru siringo-miella este caracteristică disociația de sensibilitate și fenomenele piramidale dela nivelul membrelor inferioare (Babinski pozitiv).

Din punct de vedere terapeutic se încearcă tratamentul obișnuit al nevritelor; la început brațul în repaus, apoi mișcări active și pasive (pentru evitarea rigidității secundare articulare), căldură local (pentru o eventuală periartrită), multă vitamină B, stricholnă, antinevralgice, etc. Se mai aplică local și tratamentul artritelor concomitente. Când tulburările nu cedează, iar starea rămâne staționară, și mai ales când aceasta se agravează, se indică tratamentul radical, chirurgical. Acesta constă în mai multe metode operatorii, adaptate diverselor teorii asupra etiologiei suferințelor plexului

brachial și arterei subclaviculare cauzate de prezența coastel supranumerare.

Kocher, Streissler, și alții au practicat rezecția coastel cervicale, fie prin fosa supraclaviculară, fie dorsal. S'a dovedit însă că intervenția nu este lipsită de pericol (ruptura domului pleural, etc.). Adson și Coffey, pornind dela presupunerea că leziunile plexului ar fi cauzate de încalavarea lui între scalenul anterior și coasta supranumerară (sau ligamentul ei), se mulțumesc cu rezecția scalenului de pe coasta cervicală, sau tale câțiva centimetri și din coastă la nivelul inserției scalenului; ca urmare coasta I-a coboară. Bertelsmann anunță că a practicat această operație deja în 1919. Deoarece pe de o parte operația ar fi dat rezultate bune — fapt confirmat și de Scheller, care a observat vindecarea aproape a tuturor bolnavilor lui operați după această metodă — iar pe de altă parte nefiind periculoasă ca cea precedentă, autorii ei au recomandat ca ea să fie totdeauna încercată înaintea celorlalte. În sfârșit Langeron recomandă simpatectomia periarterială la nivelul arterei subclaviculare, în cazurile cu tulburări vasomotorii provocate de compresunea acestor artere (acrocianoză, puls slab, claudicație brachială, dar mai ales sindrom gangrenos).

Iată observația personală:

Girscht H., 46 ani, lucrătoare la o fabrică de postav. Antecedente heredo-colaterale fără importanță. Antecedente personale: născută la termen, normal, dezvoltată fără tulburări; în copilărie pojar, iar la 18 ani scarlatină. Menstruată la 13 ani, epocile catameniale s'au succedat regulat. S'a căsătorit la 16 ani, a avut 10 copii, dintre cari 2 au murit în fragedă copilărie: unul de scarlatină combinată cu difterie, celalalt de inanție, în primele 3 luni, din cauza atreziei esofagului. Nu fumează și nu uzează de băuturi alcoolice. De 5 ani în menopauză. După instalarea acesteia, bolnava a suferit de dureri difuze reumatoide în membre, umeri, lombe și coloana vertebrală. Durerile cedau la cald și recidivau la schimbările meteorologice, mai ales iarna; apăreau periodic, intercalându-se faze de acalmie, în timpul cărora bolnava își recăștiga greutatea corporală pierdută în timpul perioadelor de recrudescență (în urma anorexiei și subalimentației consecutive). Cu 2 ani mai înainte a căzut de pe scările unui autobus, lovindu-se în regiunea cervico-dorsală, totuși fără să aibă tulburări consecutive.

Boala actuală datează de 2 luni, când bolnava a prezentat o stare febrilă (temp. 38—39), fapt care a obligat-o să zacă o lună de zile în pat, imobilizată din cauza unor dureri vii dela nivelul coloanei cervico-dorsale și umerilor. După 2 săptămâni dela debut bolnava a observat că membrul superior drept a devenit „mai greu și fără putere”, executând mișcările cu stângăcie, evidentă mai ales la mișcările degetelor, încât n'a mai putut ține cu mâna nici lingura. Orice tentativă de a mișca membrul bolnav exacerba durerea dela nivelul fosei supraclaviculare și umărului drept, iradiind până în ultimele două degete. De asemenea simțea în tot membrul bolnav furnicături și o amorțeală continuă. La o lună după debut a început să apară o cianoză tot mai pronunțată la mâna dreaptă, care a devenit și mai rece. Văzând că după o lună de afebrilitate fenomenele se mențin, s'au prezentat la consultațiile Clinicii neuropsihiatrice, cu care ocazie s'a constatat următoarele: mâna dreaptă mai cianotică și mai rece, pulsul radial drept mai slab, reflexele păstrate, hipoestezie globală pronunțată la membrul bolnav, aproape

anestezie la nivelul marginii cubitale a antebrațului și la ultimele două degete ale mâinii drepte, impotență funcțională evidentă a membrului bolnav, orice mișcare activă sau pasivă a acestuia provocând dureri mari, ce iradiau până în degete, punctul Erb drept foarte dureros la palpare, forța musculară mult diminuată, dinamometric zero, afebrilă. La examenul radiografic se remarcă prezența unei coaste supranumerare bilaterale, care se articulează la ultima vertebră cervicală.

S'a instituit tratamentul cu piramidon, liniment cu salicilat de metil și diatermie. După 2 săptămâni de tratament au apărut dureri și în fosa supraclaviculară stângă, care deveneau mai pronunțate la mișcările capului, fără să iradieze în membrul superior respectiv. Totuși continuând mai departe tratamentul de mai sus, fenomenele dureroase și paretice au început să cedeze; de asemenea cianoza mâinii drepte a dispărut, iar atât temperatura mâinii, cât și pulsul radial și-au revenit la normal. Paresteziile și turburările obiective de sensibilitate au persistat încă 6 săptămâni, ceea ce n'a împiedecat bolnava să-și reia lucrul dela fabrică.

La controlul făcut după aprox. 2 $\frac{1}{2}$ luni dela prima examinare, se constată că turburările de sensibilitate subiective și obiective au dispărut complet, cedând abia cu 10 zile mai înainte. Se mai observă o atrofie accentuată la mușchii mâinii drepte (ambele eminente, interosoșii, etc.); de asemenea o impotență funcțională a ultimelor 2 degete (care deși pot fi mobilizate pasiv, activ nu se pot flecta și extinde complet), o imposibilitate de adducție și abducție a tuturor degetelor mâinii și o dificultate la executarea mișcărilor de opoziție. Reflexele păstrate, forța musculară și-a revenit aproape complet.

În rezumat: o femeie de 46 ani, cu coasta cervicală bilaterală, prezintă sindromul nevritel plexului brachial drept acompaniat de turburări vasculare la membrul superior respectiv, în urma unei stări febrile, care a durat aprox. 1 lună. Până atunci bolnava n'a avut niciodată semne nevritice.

De remarcat antecedentele reumatolde concomitente cu instalarea menopauzel, care s'ar putea atribui și insuficienței ovariene (deci fără ca aceste antecedente să fi avut vreo influență asupra etiologiei sindromului nevritic, care are în schimb o legătură evidentă cu starea febrilă premergătoare instalării nevritel). Totuși nu este exclus ca bolnava să fi avut concomitent o nevrită a plexului și o artrită umerală dreaptă, în timpul cât a stat în pat și care a trecut după scăderea temperaturii, rămânând numai sindromul nevritic cu turburările circulatorii. Acest debut vine în sprijinul teoriei lui Kramer, care admite influența factorilor infecțioși asupra nervilor deveniți susceptibili grație prezenței jenante a coastei supranumerare. Astfel în urma stărei infecțioase avute, tumefierea părților moi a redus spațiul anatomic, prin care trece plexul brachial, determinând o stază limfatică și un edem inflamator, care au strâmtat și mai mult spațiul, dând naștere cercului vicios menționat mai înainte. Poate și căderea din autobuz, deși petrecută în urmă cu 2 ani și fără urmări imediate, a accentuat totuși susceptibilitatea și rezistența minoră a plexului față de infecție. De altfel acest caz vine să confirme și părerea lui Bramwell, care susține că acest sindrom, mult mai frecvent la femei decât la

bărbați, apare la acestea cu predilecție la menopauză. Faptul că după primele ședințe de diatermie fenomenele au trecut și de cealaltă parte, până atunci mută, denotă că și acolo plexul a fost gata să tradeze prezența coastei supranumerare, însă l-a trebuit pentru aceasta o insultă mecanică mai mare, pe care l-a provocat-o tumefierea remarcabilă a părților moi din jur, provocată de acțiunea congestivă a diatermiei.

Deși tratamentul clasic al sindromului scalenic este cel chirurgical, totuși am încercat întâi să instituim un tratament medical, cu atât mai mult că și bolnava a refuzat dela început intervenția. Acest procedeu s'a dovedit suficient din punct de vedere profesional, întru cât bolnava și-a putut relua ocupațiunea. Având în vedere rezultatul mulțumitor la care am ajuns prin terapia întrebunțată, credem că în asemenea cazuri este bine ca înainte de a recurge la intervenția chirurgicală, care ce-l drept este radicală, să se încerce întotdeauna o terapie medicală, ori de câte ori se poate depista cauza adjuvantă sau declanșantă a sindromului scalenic.

CLINICA NEURO-PSIHIATRICALĂ CLUJ-SIBIU

Director Prof. Dr. C. I. Urechia.

RESUMÉ

Côte cervicale avec névrite consécutive du plexus brachial (Scalenus-anticus-syndrom)

Il s'agit d'un syndrome scalénique droit chez une travailleuse de 46 ans, à la ménopause. Le syndrome est consécutif à un état fébril. La radiographie constate une côte cervicale bilatérale. Il y a des troubles vasculaires et des phénomènes typiques de névrite du plexus brachial. On observe une amélioration remarquable par un traitement médicamenteux et physiothérapique, la malade pouvant reprendre son occupation.

En rapport avec ce cas on peut discuter le mécanisme pathogénique et on peut insister sur la méthode thérapeutique de la scalénotomie (Adson-Coffey), qui est presque complètement exemptée d'accidents, donnant la guérison dans la plus grande majorité des cas.

ZUSAMMENFASSUNG

Halsrippe mit konsekutiver Neuritis des Plexus brachialis (Scalenus-anticus-Syndrom)

Es handelt sich um ein Scalenus-anticus-Syndrom bei einer 46 jährigen Arbeiterin, in der Menopause, im Zusammenhang mit einem febrilen Zustand. Bei der Durchleuchtung entdeckte man eine bilat. Halsrippe. Die Kranke hatte Gefäßstörungen und typische Erscheinungen einer Neuritis des Plexus brachialis. Es konnte eine bedeutende Besserung durch medikamentöse und physikalische Behandlung erzielt werden; die Kranke konnte ihre Beschäftigung wieder aufnehmen.

Im Zusammenhang mit diesem Fall wird der Mechanismus der Pathogenese und die therapeutische Methode (Scalenotomie, Adson-Coffey), die als gefahrlos betrachtet werden kan, und in der grossen Mehrzahl der Fälle zur Heilung führt, behandelt.

Bibliografie

- Bertelsman, R. Über das Scalenus-anticus-Syndrom und seine Behandlung durch Scalenotomie. Chirurg. 9464 (1937)
- Flothow, Paul G. Halsrippe und Scalenus-anticus-Syndrom. West. J. Surg. etc. (Am.) 44,570 (1936).
- Henschen, C. u. H. Heuser: Über das sog. Scalenus-anticus-Syndrom und seine Beseitigung der Scalenotomie. Chirurg. 9266 (1937).

- Langeron, L. Über die durch Gefässschädigung verursachten Symptome bei Halsrippen. Par. méd. (1913) II, 43.
- Ochsner, Alton, Mims Gage u. Michael de Bakey. Das Scalenus-anticus-Syndrom (Naffziege). Amer. J. Surg. N. 28,669 (1935).
- Schellier, H. Handbuch der inneren Medizin. Band. V. (1939). — Fortschritte der Neur. u. Psych. XIII. Ig. 308.
- Torelli G. Beobachtungen an hundert Fällen von Halsrippen. Policlinico Sez. chir. 40,399 (1933).
- Wexberg, E. Bumke-Foerster, Band. IX. (1935).

Fibrom al ovarului

de

Dr. V. Moşoiu

Deşi nu e o raritate, fibromul ovarian este totuşi o tumoră relativ puţin frecventă.

Se întâlneşte într'un procent de 1,5—2% din totalitatea tumorilor ovarului. Astfel Olshausen din 293 tumori ovariene citează 8 fibrome, iar Orthmann 13 la 682. Din procentualitatea de 2%, $\frac{1}{6}$ ar fi bilaterale.

Fibromul ovarului este o tumoră benignă de cele mai multeori unilaterala, survenind de obicei în perioada activă a vieţii genitale.

Iată mai jos observaţiunea clinică a unui caz de fibrom ovarian operat de mine, care reproduce întocmai bine cunoscutele caractere clinice, care fac din fibromul ovarului o tumoră, pe cât de rară, pe atât de uşor de diagnosticat.

E vorba de nuligista V. B. în vârstă de 20 ani, căsătorită, care este internată la 18 Septembrie 1942 în serviciul de Ginecologie Obstetrică dela Spitalul Braşov, de un medic care îi diagnosticase un chist de ovar.

Acuză o jenă continuă cu localizare în etajul abdominal inferior, remarcând de câteva luni creşterea moderată în volum a abdomenului.

Antecedentele heredocolaterale şi personale fără importanţă.

Menstruată dela 16 ani, ritm 28/6 zile, menoragic. Căsătorită de 2 ani. De un an simte în basîn o jenă continuă, iar de câteva luni observă o creştere în volum a abdomenului.

Abdominal spre fosa iliacă dreaptă se palpează polul superior al unei tumori dure, foarte mobile.

La tactul vaginal combinat cu palpeu abdominal: funduri de sac suple, col de nulipară, uter median, mobil, uşor mărit de volum, nedeformat. În dreapta lui se palpează o tumoră ovoidă de mărimea unui cap de făt, de consistenţă omogenă, dură, aproape lemnoasă, cu suprafaţa uşor boselată, foarte mobilă, nedureroasă, ce nu face corp cu uterul. Anexa stângă liberă.

În faţa acestui tablou clinic pun diagnosticul de fibrom ovarian şi sub narcoză intravenoasă cu Eunarcon în 19 IX. fac ablaţia abdominală a unei tumori ovariene drepte, dură, ovoidă de mărimea unui cap fetal, uşor boselată, foarte mobilă. Trompa bine individualizată de tumoră este etalată pe suprafaţa ei.

La secţiune: ţesut dur, compact, albicios, cu aspect trabecular, puţin vascularizat.

Examenul histologic al tumorii confirmă diagnosticul clinic de fibrom ovarian.

Iată deci o tumoră pelvi — abdominală unilaterală, de consistenţă aproape lemnoasă, cu suprafaţa

uşor boselată, nedureroasă, foarte mobilă, ce nu face corp cu uterul, situată în dreapta lui şi neînsoţindu-se de fenomene de vecinătate sau modificare a stării generale, care impune diagnosticul de fibrom al ovarului diferenţiindu-se uşor de celelalte tumori pelviene şi în speţă ale ovarului prin: consistenţă unilateralitate, mare mobilitate, mărime, data apariţiei şi evoluţiei ei.

Chistele de ovar sunt tumori cu mult mai frecvente, pot ajunge la dimensiuni mari, sunt mai puţin mobile, au altă consistenţă, suprafaţa de obicei netedă şi evoluţia foarte des complicată. Celelalte tumori pelviene şi în speţă ovariene, au alte caractere clinice şi altă evoluţie ce le diferenţiază uşor de cele mai multeori de fibromul şi chistul de ovar.

Fibromul de ovar are o evoluţie lentă, complicându-se rareori cu ascită care nu e sinonimă cu malignizarea tumorii. Poate fi suportat chiar 20—30 ani fără a produce tulburări. Uneori se poate atrofia sau calcifica. De cele mai multe ori evoluează silenţios, producând o simplă jenă pelviană pe care complicaţia ascitică o măreşte, ducând excepţional la caşexie. Foarte rar se semnalează torsionarea pediculului şi supuraţia tumorii. Ceva mai frecvent este transformarea sarcomatoasă.

Tratamentul este chirurgical şi trebuie urmat în mod obligator de examenul histologic al tumorii extirpate.

SERVICIUL DE GINECOLOGIE ŞI OBSTETRICĂ DIN BRAŞOV
Medic primar Dr. Negrilă

RESUMÉ

Fibrom de l'ovaire

On décrit un cas de fibrom ovarien opéré, tumeur relativement peu fréquente qui réalise un tableau clinique facile à diagnostiquer.

ZUSAMMENFASSUNG

Fibrom des Eierstockes

Es wird ein Fibrom des Eierstockes beschrieben, ein verhältnismässig seltener Tumor, der leicht diagnostiziert und operiert werden konnte.

LEUKOTROPIN

**Antiflogistic
Analgetic
Antipiretic**

mai ales indicat în toate

sindroamele reumatismale

artrite acute

inflamații ale mucoaselor

Forme de prezentare:

intravenos:

Cutii cu 2 fiole de 10 cmc.

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

intramuscular:

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO.

(vorm. Silten-Gesellschaft)

MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.



Calcifix

INTRAMUSCULAR-INTRAVENTRICULAR
 GLUCONAT DE CALCIU... 5
 LEVULINAT DE CALCIU... 5
 CLORUR DE CALCIU... 5

FIOLE a 5 și 10 cc.
Laboratoarele "GAMMA"

GYNOFOLIN + GLUCONAT DE CALCIU

Flacoane cu 35 comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern, 3—4 pe zi.



Antireumatic



Picături

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

Considerațiuni critice referitoare la necesitatea educației sanitare în școlile noastre rurale

de

Dr. Aurel Tiniș

medicul Circ. Petreștii de jos, jud. Cluj-Turda

Rândurile de față, izvorite nu dintr'o speculație teoretică, ci dintr'un contact îndelungat pe teren cu populația rurală din mai multe județe ale Ardealului, apar ca o completare a articolului colegului Dr. Alexandru Crăclun, apărut în Nr. 3 al „Ardealului Medical” din Martie 1942.

Voiu începe printr'o întrebare: *Este educația sanitară pentru populația țării noastre necesară sau nu?* Răspunsul se impune pentru fiecare ca un categoric da. Câte piedeci ne stau în calea înfăptuirilor noastre sanitare tocmai din cauză că populația este în general lipsită de cele mai elementare noțiuni și deprinderi igienice! Câte cheltuieli inutile se impun țării tot din acest motiv! Cu câte jertfe umane se plătește această ignoranță (Tifosul exantematic etc.)! Populația noastră rurală ignorează toate problemele sanitare, iar populația burgheză și intelectuală nu stă cu prea mult înaintea populației rurale sub acest raport. Rezultă deci, că numai cei ce trăiesc cu ochii închși se mai pot îndoi de necesitatea absolută a acestei educații.

Va trebui acum să răspundem unei alte întrebări: *Când trebuie să se facă această educație: înainte, în timpul școlarității sau după terminarea ei* (prin șoli de adulți, conferințe, cursuri diferite, cinematografe, etc.)?

Vom răspunde prin enumerarea câtorva principii care stau la baza educației:

1. „Copilul este tatăl adultului”. Acest principiu, amplu dovedit de psihologia modernă, ne arată că toate calitățile adultului se clădesc pe scheletul moral format în copilărie. Educația trebuie deci făcută începând din fragedă tinerețe.

2. Educația este în primul rând un exemplu și imitație automată, fără niciun raționament; în al doilea rând însă, ea este instrucție bazată pe rațiune și turnată în fapte. Și în cazul prim și în cel de al doilea, numai faptele repetate, prin punerea în valoare a afectivității și motricității individului, vor da deprinderi; iar numai deprinderile bune, odată formate, ne dau dreptul de a vorbi de operă completă de educație.

3. Familia și școala au ambele îndatorirea de a educa: familia mai cu seamă prin exemplu, școala prin exemplu și instrucție. Metoda de educație prin instrucție e mult mai greoale decât cea făcută direct prin exemplu. Ca să dea rezultat, instrucția, pe lângă faptul că trebuie

să se facă pedagogic, mai trebuie să fie sistematică și susținută un interval de timp destul de îndelungat. Persoana de instruit trebuie să aibă, pe lângă dragostea de instrucție, aproape totdeauna și convingerea obligativității. Obligatorietatea, noțiune psihologică, exploatată cu rezultat atât de bun de statele autoritare, este chela succesului. Aceste condiții — instrucție sistematică și susținută, obligatorie, disciplinată și autoritară — nu le întrupește decât școala și nicidecum diferitele conferințe și cursuri de propagandă sanitară. Din cele specificate mai sus rezultă că, educația sanitară — noțiune mai largă decât instrucția sanitară — ar trebui să înceapă prin exemplu în familie și să continue prin exemplu și instrucție în școală. Cum însă, mai cu seamă în mediul rural, educația sanitară în familie prin exemplu pe care-l dă, este foarte redusă sau adesea contrară cerințelor sanitare, școala cu metodele ei rămâne principala educatoare și pe tărâmul problemelor sanitare. Dacă mergem însă mai departe și ne gândim că instrucția singură nu reprezintă decât jumătate drumul pentru o bună educație și că ea s'a desăvârșit abia după ce am format deprinderi; dacă ne gândim că formarea deprinderilor cere timp, dacă ne gândim că formarea deprinderilor bazate pe instrucție cere și mai mult timp, dacă mai considerăm că educația sanitară nu se învață numai, ci se trăiește, zi de zi, împreună cu celelalte nevoi ale vieții, se impune dela sine că timpul școlarității practice trebuie prelungit peste limita de vârstă a absolvenților școlii rurale de azi. În aceasta chestiune vom mai reveni. Concluzia noastră este deci următoarea: *Educația sanitară ar fi de dorit să înceapă în familie, să fie desăvârșită în școală, dar într'o școală prelungită față de cea de azi și, abia apoi, ea poate fi perfecționată prin organele sanitare ale comunei sau statului în decursul vieții. Faza școlară a acestei educații reprezintă deci, în stadiul actual de cultură a țaranului nostru, faza eroică, celelalte însă, faze de importanță reală, dar totuși secundară.*

Ce se va preda, cum și în ce mod? Materialul necesar va trebui să fie stabilit fără îndolală de pedagogi de prestigiu și de oameni care au lucrat pe teren practic. El va consta însă în mod obligator din anatomia și fiziologia omului, boli contagioase, boli sociale, probleme de salubritate, puericultură, igienă alimentară,

geniu sanitar și în fine, exerciții de educație fizico psihică. Aceste noțiuni, spre a fi înțipărite bine în mintea elevului și a viitorului cetățean adult, vor trebui să fie adunate într'un manual, monopolul statului, scris de persoane competente și executat în admirabile condiții tehnice. Consider că foarte importante desemele, schițele și planșele în culori, planșe care ar trebui să fie în foarte mare număr și redactate cu o fidelitate absolută, condiție complet neobservată de actualele manuale. *Acest manual trebuie să fie monopolul statului, mai întâi, spre a putea fi mai ieftin, în al doilea rând însă, spre a reprezenta însăși voința și ținuta statului în această educație a cetățenilor săi.* Astfel conceput, manualul acesta îl văd ca o carte încântătoare pentru elevii din școală, dar și pentru adulții de acasă: e biblia sanitară a cetățeanului.

Când se va face această educație sanitară școlară? Deprinderile de igienă se vor face chiar din clasa întâi, manualul însă îl recomand și eu abia pentru clasa V—VII. Cum însă nu toți elevii școlilor primare rurale ajung în aceste clase, consider că la țară vor trebui să facă această educație sanitară toți băieții și toate fetele trecute de 12 ani, indiferent de clasă, iar obligațiunea lor de a frecventa școala să fie amânată până vor stăpâni materia. Această chestiune vom preciza-o cu mai multe detalii mai la vale. În școlile secundare acest material ar trebui să se predea din clasa I până în cl. IV, urmând a fi repetat amplu într-o clasă din superlor.

Modul de predare. Teoretic și mai cu seamă practic: practic prin sprijinirea instrucției prin material demonstrativ perceput de organele simțurilor și practic prin înfăptuirea pe teren a tot ce poate fi înfăptuit.

Cine va face această educație? Este evident că învățătorul. Acest organ educativ polivalent de mare valoare, *instruit în această direcție* și ajutat de manualul teoretic și practic mai sus amintit, îndrumat uneori de medic, va putea întru toate să satisfacă cerințelor. Când va fi vorba însă de realizări pe teren, colaborarea învățătorului cu celelalte organe ale satului și cu părinții elevilor este absolut necesară.

După ce am schițat această problemă, vreau să fac câteva considerații privitoare la educația generală a elevilor din școlile noastre rurale în primul rând, secundare în al doilea. Fac acest lucru nu ca o simplă paranteză sau deviere dela subiect, ci fiindcă, pe de o parte, educația sanitară nu poate fi făcută în mod izolat, ci înglobată într'un sistem educativ adecvat acestor vederi și fiindcă, pe de altă parte, sănătatea nu depinde decât în mică măsură de factori medicali, cea mai mare parte formând-o factorii economici, culturali, morali, tradiționali, care, spre a avea o bună sănătate publică, trebuiesc educați și ei.

Dacă în cursul inferior — cl. I—IV — problemele de citire, scriere, gramatică, aritmetică, etc., constituie materii foarte necesare, în cursul supraprimar cl. V—VII — însă, sau mai bine încă, în cursul practic, care ar trebui să urmeze după acest curs, cum vom vedea mai la vale, trei materii trebuie să constituie educația de bază a elevilor:

1. Educația muncii.
2. Educația patriotică-morală.
3. Educația sanitară.

Aceste trei materii ar trebui să ocupe la fel un loc de frunte a diferitelor clase ale liceului și școlilor secundare, fie ele teoretice, fie practice.

Despre educația sanitară am vorbit. Educația patriotică-morală și a muncii ar trebui să se facă în același mod: pentru fiecare un manual, monopolul statului, executat în condiții tehnice admirabile și conținând cât mai mult material intuitiv și demonstrativ, deseme, schițe, planșe. Manualul de educația muncii — baza educației — va aduna într'un volum tot ceea ce trebuie să știe și să poată (*Wissen und können*) un cetățean lumina: agricultură, pomicultură, creșterea vitelor, diferite industrii, meserii, comerț, etc.

Manualul educației patriotice-morale va cuprinde părți din istoria și geografia drepturilor noastre naționale, faptele de vitejie a strămoșilor noștri, precum și cântece patriotice și fapte patriotice și morale care pot fi săvârșite de elevi. *Se va pune un accent deosebit pe latura morală care trebuie să formeze fala Românilui și apoi pe cunoașterea tuturor comorilor noastre naționale: cântece populare, obiceiuri, dansuri naționale, porturile naționale, stilul arhitectonic românesc. Cunoașterea acestora dau specificul românesc al școlii noastre rurale.* Am asistat în două rânduri, în două județe diferite, la examenul de cl. VII. și pot afirma că am rămas nemulțumit. Ce educație românească am văzut eu acolo? Aproape nimic. Românescul nu s'a văzut nicăieri sau, dacă s'a mai văzut ceva, aceasta nu datorită educației școlare, ci tradițiilor locale și familiare. Dar să nu uităm că, zi de zi, țăranul își pierde din comorile moștenite dela strămoși: cântece, obiceiuri, dansuri, porturi, toate au început deja a fi schimonosite prin lucruri venite dela oraș și lată că, într'o bună zi, abea vom mai auzi de ele la sat, trebuind a ne adresa unor instituții de specialitate spre a le cunoaște. Țăranii noștri vor pierde ce-i al lor, fără a pune în schimb nimic de preț în loc. La un examen de absolvire de școală rurală românească aş aştepta dela acel fiu de țăran altceva decât ceea ce am văzut: Mai întâi sburdând de sănătate, să apară „pe șantier“ și să ne arate creația mâinilor lor și capacitatea lor de creație în gospodărie, pe hotar și la orice muncă în general; să ne arate înfăptuirile lor sanitare în gospodărie și proiectele pe viitor în cele trei domenii amintite mai sus. După

această primă probă practică să apară în perfecte costume naționale, de preferință fiecare în alt model de costum, ca toate împreună să dea complexul specificului românesc, să ne danseze toată gama frumoaselor noastre dansuri naționale, să ne povestească cu înfrigurare despre faptele mărețe ale strămoșilor noștri și apoi — dacă mai este timp — să ne arate și ce mai știu pe deasupra. Când colo, îmbrăcați în cărpe de fabrică, iată niște amărute de răspunsuri, fără vibrație sufletească, că „Traian a învins pe Decebal“, că „Tot ce are suflet și se mișcă este ființă, iar restul sunt lucruri“, că „Ne ferim de răle dacă ne curățim“, că „Trebuie să ascultăm de primar și notar“ etc. etc. de felul acesta. Dacă și aceste cunoștințe își au importanța lor, apoi nu trebuie să uităm că ele servesc de mijloc și nu de scop. *Scopul este unul singur: pregătirea pentru viață, viață sănătoasă, patriotică și încununată de muncă rodnică și creatoare.* De aceea disciplinele mai sus amintite, cuprinse în cele trei manuale, monopolul statului, și studiate pe baza materialului demonstrativ și experimental pe care-l reprezintă satul însuși, cu gospodăriile lui, pământul lui, lipsurile lui, *ar trebui să fie esența educației noastre rurale și puncte principale din programul educativ al școlilor secundare inferioare și superioare.* Cum însă cl. VII. rurală se absolvă la o etate inferioară celei necesare pentru ca elevii să cunoască și înțeleagă mai bine rostul problemelor arătate mai sus, cum cunoașterea lor trebuie să meargă paralel cu pregătirea treptată, pe teren, pentru viață și nu independent de această pregătire, *este imperios necesar ca învățământul acesta* (educația muncii, educația sanitară, educația patriotică-morală) *să fie prelungit obligator cu câteva ore pe săptămână — Marți și Vineri după masă, spre exemplu — până la stăpânirea acestor materii în mod teoretic și practic din partea elevilor, indiferent de vârstă, chiar până la majorat.* În felul acesta trecerea de la școala teoretică, teoretico-practică, practică, la viața practică s'ar face mai armonios și nu ar exista prăpastia de azi dintre școală și viața practică. Cetățenii majori fără certificat de absolvire a acestor materii ar trebui să fie lipsiți de anumite drepturi cetățenești. Astfel concepută, *școala rurală ar avea următoarele trei cursuri obligatorii:*

1. *Cursul primar* (cl. I—IV).
2. *Cursul supraprimar* (cl. V—VII).
3. *Cursul practic*, pe care îl urmează absolvenții

clasei a VII-a plus tot tineretul de la 12 ani în sus până la majorat care nu urmează cursul primar, supraprimar sau altă școală și nu a absolvit, prin examen, cursul

practic. *În felul acesta am avea o școală unitară și completă și am fi scutiți de a iniția când cursuri pentru adulți, când cursuri pentru gospodărie, bucătărie igienică, cursuri pentru mame, etc.* călci știu cu toții că, pe lângă cheltulele și eforturile mari, dau adesea așa slab rezultat. Dealtfel, după o astfel de educație a țaranului, și cursurile benevole și conferințele de propagandă ar da mai mult rezultat, iar vorbele conducătorilor nu ar mai suna în vânt cum sună azi, mai întotdeauna, în acest domeniu.

Dacă ne gândim la instrucția sumară a elevilor din școlile noastre tocmai în aceste trei direcții, strict practice și atât de importante pentru noi, cel călci am crescut la școala vorbelor, ne putem da seama de ce progres ar însemna pentru viitorii cetățeni punerea în valoare a acestor trei mari discipline practice și realiste, profund omenești și profund morale. *Cultul muncii, patriotismului și sănătății constituie cel mai înalt crez cu care o națiune poate pași la întrecere cu celelalte națiuni ale lumii.*

Din cele spuse mai sus se impun următoarele concluziuni:

1. Educația individului constă în ultimă instanță din totalitatea deprinderilor pe care le are acel individ. Deprinderile, la rândul lor, au la bază imitația sau instrucția.

2. În mediul rural rolul principal în educație, în afara familiei, trebuie să-l aibă școala.

3. Școala noastră rurală de azi este numai în mod parțial o îndrumătoare competentă a educației cetățeanului nostru de la sat. Dacă sub raportul instrucției la obiectele teoretice ea corespunde cerințelor, sub raportul instrucției la obiectele practice și, mai cu seamă, sub raportul deprinderilor bune pe care ea le promovează la aceste obiecte, ea este net deficitară.

4. Educația necesară populației noastre rurale se obține prin însușirea celor trei mari discipline arătate mai jos: educația muncii, educația patriotică-morală, educația sanitară.

5. Pentru însușirea acestor discipline se impune:

a) introducerea cursului practic obligator până la etate apropiată de majorat.

b) adunarea noțiunilor necesare pentru fiecare disciplină într'un volum teoretic-practic, monopolul statului, executat în foarte bune condiții tehnice. Aceste trei manuale ar reprezenta astfel însăși voința și concepția statului privitoare la educația practică a fiilor săi.

c) Înfăptuirea pe teren de către elevi a tot ce poate fi înfăptuit din acest material, comuna, cu gospodăriile, nevoile și particularitățile ei, servind astfel de larg câmp de demonstrație, experimentale și realizări practice.

d) înfăptuirile și capacitatea vădită de înfăptuire singure dau drepturi la absolvirea cursului practic.

e) numai absolvenții acestui curs practic pot avea drepturi cetățenești depline și chiar privilegii.

6. Astfel concepută, *școala rurală se ridică, din situația ei de azi de școală fără personalitate bine definită, la rangul de școală românească națională.*

Epidemia de rugeolă din municipiul Alba-Iulia în anul 1941

de

Dr. Ioan Cadariu

medic de oraş.

În municipiul Alba-Iulia au existat în permanenţă îmbolnăviri sporadice de rugeolă. Evidenţa serviciului sanitar ne arată, că numărul cazurilor declarate şi înregistrate a variat an de an, atingând cifra de 127 în anul 1920, 61 în anul 1923 şi în 1929, 66 în anul 1933, etc.

Faţă de această situaţie din trecut în anul 1941 s'au înregistrat 320 cazuri de rugeolă, formând o epidemie mare în primele şase luni ale anului şi persistând câteva cazuri sporadice în a doua jumătate a anului.

Deci pentru anul 1941 morbiditatea în rugeolă a fost de 2032.1 la 100.000 locuitori (populaţia municipiului fiind de 15.747 la 1 Iulie 1941). Aceasta este de 669 ori mai mare decât morbiditatea medie pe anii 1933—1937 din România, ¹⁾ cred deci, că prezintă interes studiul acestei epidemii.

Descoperirea bolnavilor. Pentru ca din cazurile de rugeolă existente să avem înregistrate un număr cât mai mare, am insistat, ca din partea medicilor să ne declare toate cazurile cunoscute din practica lor profesională, am dispus, ca şcolarii, care au absentat mai mult de trei zile de la cursuri, să nu fie readmişi, decât în baza unui buletin eliberat de noi. Astfel au fost descoperiţi şcolarii, care au lipsit de la şcoală fiind bolnavi de rugeolă.

Am descoperit bolnavi de rugeolă: la consultaţiile dispensarului şcolar, la inspecţiile şcolare, la anchetele făcute din casă în casă în diferite cartiere ale oraşului, la anchetarea motivului neapărării la vaccinările anti-varicelice şi la vaccinările cu anatoxină, la anchetarea cazurilor cunoscute, descoperind bolnavi nedeclaraţi, etc.

Tabloul Nr. 1 cuprinde numeric şi procentual toate cazurile de rugeolă din anul 1941, cu specificarea modului cum au fost descoperite.

Tabloul Nr. 1.

Descoperirea bolnavilor de rugeolă.

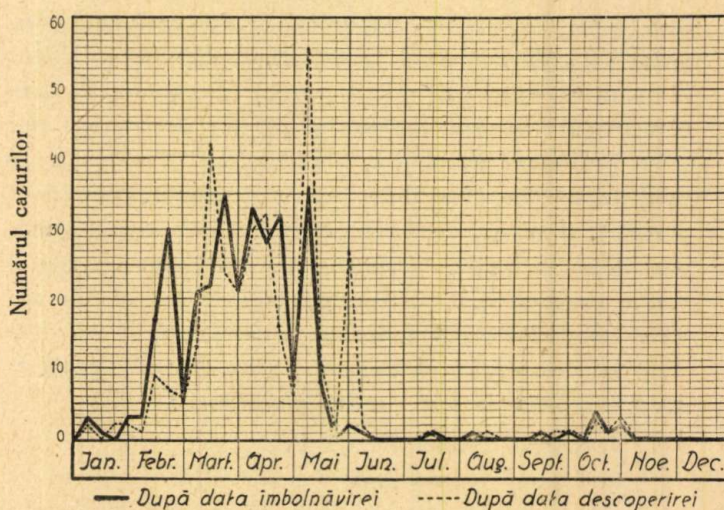
Cum au fost descoperiţi ?	Câţi ?	%
Declaraţi de medici	69	21.56
Declaraţi de spitale	11	3.44
Declaraţi de sora de ocrotire	3	0.94
Declaraţi de părinţi (la îndrumarea medicilor sau a învăţătorilor)	58	18.13
La inspecţiile şcolare	18	5.63

¹⁾ 303.6 la 100.000 locuitori (Regulamentul pt. profilaxia şi combaterea boalelor infecţioase din 9 Martie 1939.

Cum au fost descoperiţi ?	Câţi ?	%
Prin consultaţiile la dispensarul şcolar	3	0.94
La revenire în şcoală (vizita de readmitere)	33	10.31
Declaraţi de direcţiunile şcolare	13	4.06
Prin anchete în diferite cartiere	60	18.75
La anchetarea şi controlarea bolnavilor declaraţi	28	8.75
Prin consultaţii de bolnavi la domiciliu	9	2.81
Prin justificarea neapărării la vaccinare	14	4.37
La verificarea decesului	1	0.31
Total	320	100.00

Mișcarea epidemiei. Mișcarea reală a epidemiei se vede din curba ce am întocmit luând de bază data îmbolnăvirii cazurilor (vezi tabloul Nr. 2). Comparând această curbă cu aceea, care reprezintă mișcarea epidemiei după data descoperirii, se constată o diferență însemnată (vezi graficul Nr. 1.)

Graficul Nr. 1.



Mișcarea epidemiei de rugeolă.

Curba întocmită după data îmbolnăvirilor ne dă posibilitatea, să o analizăm, să o descompunem într-o serie de curbe, reprezentând evoluția infecțiunii în diferitele școli de pe teritoriul municipiului. (Tabloul Nr. 3 și graficul Nr. 2). Ele ne arată, că școlile au fost infectate succesiv și culmile epidemiei au apărut și ele succesiv.

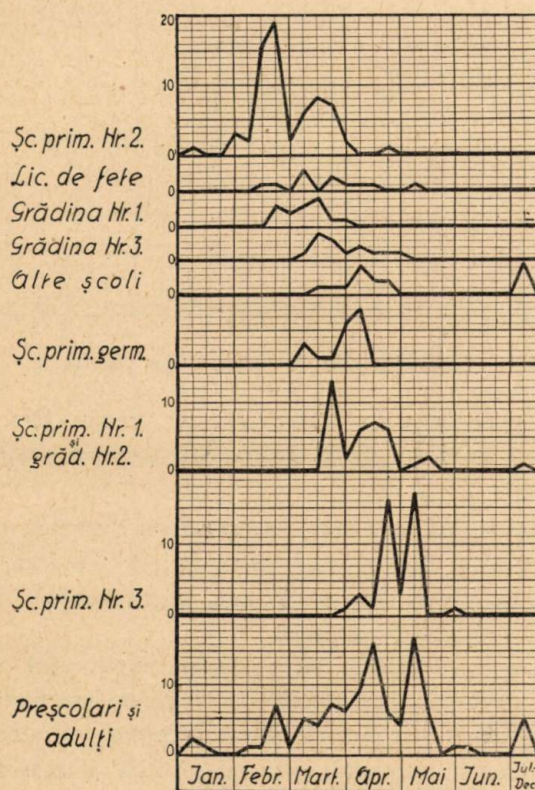
Tabloul Nr. 2.

Mișcarea îmbolnăvirilor de rușeolă

pe luni, pe vârste și pe sexe.

ANUL 1941	Vârsta																				Sexul		TOTAL
	0—6 luni	6—12 luni	1 an	2 ani	3 ani	4 ani	5 ani	6 ani	7 ani	8 ani	9 ani	10 ani	11 ani	12 ani	13 ani	14 ani	15—19 ani	20—29 ani	30 ani				
	B.	F.																					
Ianuarie	—	—	—	2	1	—	—	—	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	7	
Februarie	—	—	1	1	1	2	3	3	17	12	5	5	—	2	—	1	—	2	—	21	34	55	
Martie	—	—	2	2	4	8	5	10	13	6	6	20	7	4	6	1	3	2	—	57	42	99	
Aprilie	—	1	6	3	11	9	5	9	12	13	10	3	6	7	2	—	3	1	—	36	65	101	
Mai	2	2	2	2	9	5	4	6	3	1	—	1	1	4	2	1	1	—	—	23	23	46	
Iunie	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	
Iulie	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	
August	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	
Septembrie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	2	—	2	
Octombrie	—	—	—	—	2	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	1	1	—	—	3	4	7	
Noembrie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Decembrie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
T o t a l	2	3	11	11	29	24	18	29	46	35	21	29	16	17	11	4	8	5	1	150	170	320	
%	0.63	0.94	3.44	3.44	9.06	7.50	5.63	9.06	14.37	10.94	6.56	9.06	5.00	5.31	3.44	1.25	2.50	1.56	0.31	46.88	53.12		

Graficul Nr. 2.



Mișcarea îmbolnăvirilor de rușeolă pe școli.

Infecția s'a propagat în mod principal prin contactul dintre școlari în interiorul școlii, Tabloul Nr. 4

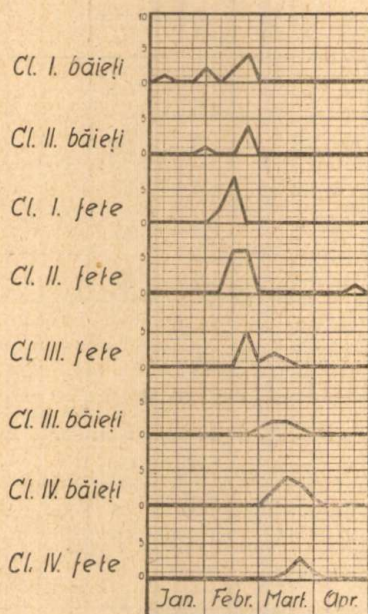
Tabloul Nr. 3.

Mișcarea epidemiei de rușeolă pe școli.

Timpul		Șc. prim. Nr. 2	Lic. de fete	Grăd. de copii Nr. 1	Grăd. de copii Nr. 3	Șc. prim. germ.	Lic. comercial	Șc. prim. Nr. 1	Grăd. de copii Nr. 2	Șc. prim. Nr. 3	Lic. „Mihai Viteazul”	Șc. prim. rom.-cat	Lic. rom.-cat.	Gimn. rom.-cat. fete	Preșcolari și adulți	Total
Ianuarie	1—7	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3
	8—15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
	16—23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	24—31	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Febr.	1—7	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3
	8—15	15	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	17
	16—23	19	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	30
	24—28	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	5
Martie	1—7	6	3	3	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	5	21
	8—15	8	—	4	4	1	1	—	—	—	—	—	—	—	4	22
	16—23	7	2	1	3	1	1	12	1	—	—	—	—	—	7	35
	24—31	2	1	1	1	6	—	5	—	1	1	—	—	—	6	21
Aprilie	1—7	—	1	—	2	8	—	6	—	3	2	2	—	—	9	33
	8—15	—	1	—	1	—	—	7	—	1	1	—	1	—	15	98
	16—23	1	—	—	1	—	—	—	1	16	—	1	1	—	6	32
	24—30	—	—	—	1	—	—	—	—	3	—	—	—	—	4	8
Mai	1—7	—	1	—	—	—	—	1	—	17	—	—	—	—	17	36
	8—15	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	6	8
	16—23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	24—31	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	2
Iunie	1—7	—	1	—	—	—	—	1	—	17	—	—	—	—	17	36
	8—15	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	9	8
	16—23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	24—31	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	2
Iul.-Dec.		—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	3	5	11	
Total		66	11	14	14	19	2	34	4	42	6	3	2	3	100	320

și graficul Nr. 3 ne arată, cum s'a propagat rușeola în interiorul școlii primare Nr. 1 dela o clasă la alta, având în fiecare clasă câte un ciclu de evoluție, care nu s'a înfățișat de ciclul celorlalte clase.

Graficul Nr. 3.



Mișcarea îmbolnăvirilor de rușeolă în școala primară Nr. 2, pe clase

Tabloul Nr. 4

Mișcarea îmbolnăvirilor de rușeolă în școala primară Nr. 2 pe clase.

TIMPUL		C L A S A								Total
		I. băieți	II. băieți	I. fete	II. fete	III. fete	III. băieți	IV. băieți	IV. fete	
Ianuarie	1—7	1	—	—	—	—	—	—	—	1
	8—15	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	16—23	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	24—31	2	1	—	—	—	—	—	—	3
Februarie	1—7	—	—	2	—	—	—	—	—	2
	8—15	2	—	7	6	—	—	—	—	15
	16—23	4	4	—	6	5	—	—	—	19
	24—28	—	—	—	—	1	1	—	—	2
Martie	1—7	—	—	—	—	2	2	—	—	6
	8—15	—	—	—	—	1	2	4	1	8
	16—23	—	—	—	—	—	1	3	3	7
	24—31	—	—	—	—	—	—	1	1	2
Aprilie	1—7	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	8—15	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	16—23	—	—	—	—	1	—	—	—	1
	24—30	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total		9	5	9	13	9	6	10	5	66

Micile epidemii de rușeolă pe clase, fără recidive în evoluție, dovedesc eficacitatea măsurilor luate: descoperirea la timp a bolnavilor, izolarea lor, eschiderea lor și a contactilor din școală pe durata infecțiozității, etc.

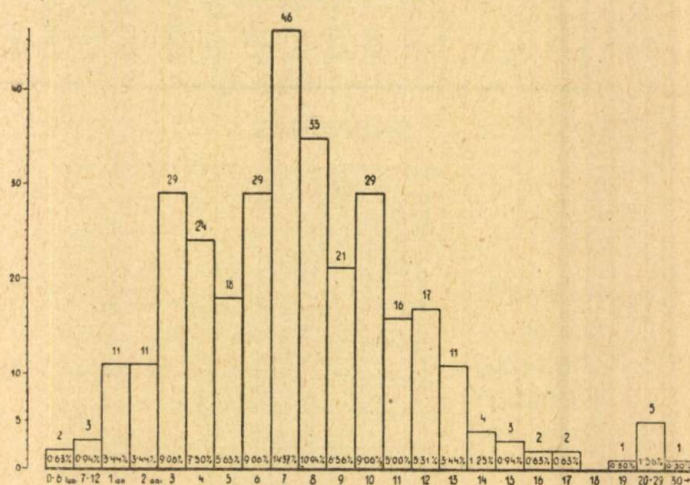
Privind curba epidemiei din întreg municipiul (vezi graficul Nr. 1) constatăm, că epidemia s'a dezvoltat rapid și a ajuns la culme în două săptămâni. În decursul culmei au fost de trei ori căderi și numai a patra a însemnat stângerea epidemiei.

De patru ori a crescut epidemia, formând vârfuri pe culme. Fiecare creștere reprezintă culmea infecției dintr'o școală primară (comparație între graficul Nr. 1 și Nr. 2). Școlile primare fiind în diferite cartiere și fiind frecventate de școlarii din cartierelor respective rezultă, că epidemia s'a dezvoltat succesiv pe cartiere (întâi în cartierul „Central” și „Lipoveni”, apoi în „Materi” și „Hălieuși” și la urmă în suburbia „Partoș”).

Anotimpul. Epidemia de rușeolă din anul 1941 a apărut în luna Februarie, a continuat în lunile Martie—Aprilie și a încetat în cursul lunii Mai.

Etatea. Persoanele îmbolnăvite de rușeolă au fost în general în etate de 1—13 ani.

Graficul Nr. 4



Imbolnăvirile de rușeolă pe vârste.

Pe graficul îmbolnăvirilor pe vârste (Nr. 4) se vede, că numărul celor îmbolnăviți se urcă simțitor de două ori:

La vârsta de 3 ani, corespunzând timpului, în care copiii vin în contact mai intim cu cel dinafara familiei și la vârsta de 6—7 ani, corespunzând intrării copilului în școala primară.

Deci contactul intim dintre copii, mai ales în școala primară, favorizează propagarea infecțiunii. Îndepărtându-ne de aceste vârste numărul îmbolnăvirilor scade treptat, probabil prin micșorarea numărului copiilor respectivi prin imunizarea, ce se produce la cei trecuți peste boală.

Sub vârsta de un an au fost 5 îmbolnăviri. În patru cazuri am cercetat, dacă lipsa alăptării la sânul mamei, deci lipsa posibilității de transmitere prin lapte a unei imunități materne ar fi cauza îmbolnăvirii lor. Am constatat, că în toate cazurile copiii au fost alăptați la sânul mamei chiar și în timpul îmbolnăvirii. Într-un caz am putut stabili, că mama a suferit în copilărie de rușeolă, avea deci imunitate, ce ar fi putut transmite copilului prin alăptare, totuși s'a îmbolnăvit copilul. — Am extins cercetarea și asupra altor zece cazuri din grupa de vârstă de un an și am ajuns la aceleași concluzii, că toți copiii au fost alăptați la sânul mamei.

Numărul îmbolnăvirilor peste 13 ani este foarte mic și scade progresiv cu înaintarea vârstei. Peste vârsta de 21 ani toți cei îmbolnăviți sunt de proveniență din mediul rural, fiind militari sau personal de serviciu, temporar în oraș (vezi tabloul Nr. 6).

Sexul. Din cei 320 bolnavi de rușeolă 150 au fost de sex bărbătesc și 170 de sex femeesc, ceea ce înseamnă, că în epidemia noastră sexul bărbătesc a fost mai crușat de îmbolnăvire (46.87% bărbați față de 53.12% femei).

Decursul bolii. Fiecare bolnav de rușeolă a fost văzut personal de mine de mai multe ori în cursul bolii, pentru a lua măsurile impuse de împrejurări și pentru a controla respectarea măsurilor luate. Astfel am putut urmări evoluția bolii, înregistrând și complicațiile ivite.

Boala a avut în general decurs ușor. În 23 cazuri s'au ivit complicații mai serioase, deci în 7.18% din totalul îmbolnăvirilor. Cele mai multe complicații au fost din partea aparatului respirator și anume: Bronșită 9 cazuri. Pneumonie 5 cazuri. Pneumonie și otită medie 1 caz. Bronhopneumonie 1 caz. Congestie pulmonară 1 caz. Amigdalită folliculară 2 cazuri. Laringită 1 caz.

Din partea celorlalte organe au fost: Endocardită 1 caz. Exantem hemoragic 2 cazuri.

Cazuri mortale au fost două: unul fiind complicat cu pneumonie (din condițiuni sociale și sanitare foarte bune), iar al doilea cu bronhopneumonie (din condițiuni foarte rele). Aceasta reprezintă 0.625% din totalul îmbolnăvirilor și este mult mai mică decât totalitatea medie pe anii 1933—1937 din România (4.6%).¹⁾

Am urmărit decese din municipiul Alba-Iulia până la data de 1 Sept. 1942 și niciunul nu este dintre bolnavii, cari au suferit de rușeolă în anul 1941.

Concluzie. Epidemia de rușeolă studiată prezintă interes deosebit prin faptul, că are înregistrate un număr neobișnuit de mare de cazuri, pe care pe toate le-am verificat și le-am controlat. Datorită acestui fapt am putut desprinde din studiul epidemiei caracterele epidemiologice înscrise în prezenta lucrare.

1) Regulamentul pentru profilaxia și combaterea bolilor infecțioase, din 9 Martie 1939.

Importanța medico-socială și pedagogică a vegetațiilor adenoide la elevii de școală

(În legătură cu câteva date statistice)

de

Dr. Bălașiu Teodor,

medic igienist, conducător de Plasă sanitară

Acest capitol de igienă școlară are importanță covârșitoare pentru toți aceia care au misiunea de a supraveghea buna dezvoltare fizică și intelectuală a copiilor, mai ales în vârstă preșcolară și școlară. Fiecare părinte, pedagog și medic școlar, trebuie să acorde o deosebită importanță vegetațiilor adenoide la copii, să cunoască turburările și complicațiile ce le provoacă, iar la cele mai neînsemnate simptome, să știe a lua din vreme toate măsurile de îndreptare, pentru că numai astfel vom reuși să înlăturăm un pericol care este nu numai de ordin individual, ci și social.

Vegetațiile adenoide cari constituiesc un sindrom complex, cu repercusiuni asupra diferitelor organe și a stării generale, prin frecvența lor așa de mare — mai ales între 4 și 12 ani — sunt considerate ca afecțiunea cea mai frecventă în patologia infantilă, de aceea vom insista puțin mai larg atât asupra turburărilor care le provoacă, cât și asupra importanței lor pedagogice și sociale.

Turburările mai importante sunt: mecanice, reflexe și inflamatoare.

I. Turburările mecanice sunt provocate din cauza diminuării cavității rino-faringelui, prin hipertrofia

vegetațiilor adenoidice. Aceasta obstrucție a rino-faringelului duce la turburări de respirație, auditive, vorbire și turburări generale.

a) *Turburările de respirație.* După cercetările Prof. Worms din Paris, în mod normal cantitatea de aer inspirată prin nas este mai mare decât cea inspirată prin gură. Pe de altă parte acest aer inspirat prin nas are avantajul că este purificat, umectat și încălzit. În caz de vegetații adenoidice, copilul respiră mai mult pe gură, iar acest aer are dezavantajul că este în cantitate insuficientă, cu impurități, uscat și rece. Această deficiență a aerului va avea repercusiuni asupra stării generale a organismului. Cantitatea de aer mică dă o lipsă de oxigenare a sângelui ce duce la o intoxicație lentă oxycarbonoasă. Va suferi chiar și aparatul respirator a cărui dezvoltare este direct influențată de cantitatea de aer inspirat. Totodată îl predispune și la diferite stări morbide, ca bronșite repetate, stări gripate, ba uneori chiar la pseudo-tuberculoze pulmonare. După Prof. Canuyt respirația nazală este respirația fiziologică normală.

În timpul zilei acești copii stau cu gura deschisă, din cauza respirației prin cavitatea bucală au aspect de copii cășcați, distrați, iar noaptea dorm foarte rău, sforăie sgomotos și în gura deschisă. Prezintă semne de asfixie în timpul somnului, cu clonoză și stare de agitație, ce duce uneori până la adevărate crize de laringite striduloase.

b) *Turburările auriculare.* La copii trebuie să ne îndreptăm atenția în primul rând spre examenul rino-faringelului, pentru că vegetațiile adenoidice, prin compresia lor, dau toată gama afecțiunilor auriculare, începând cu catar tubar, catar tubo-timpanic, otită catarală cronică, otită acută și otită cronică supurată, care permanentizându-se pot duce la complicații, meningită etc., chiar moarte.

c) *Turburări de vorbire.* Vegetațiile adenoidice dau o voce speclală, nasonată, lipsită de timbru obișnuit. Modifică și pronunțarea prin schimbarea nasalelor *M* și *N* cu labialele sau dentalele *B* sau *D*. Așa vor spune „baba” în loc de „mama” etc.

d) *Turburări generale de dezvoltare* cu diformități osoase, care uneori se confundă cu rachitismul.

Fața. Copiii prezintă un facies adenoidian care se compară cu fața de epure, bot alungit și gura întredeschisă. Maxilarul superior este atrofiat cu bolta palatină de aspect ogival și malformațiunile dentare. Din cauza acestei atrofii a maxilarului superior, ne face impresia că maxilarul inferior este mai pronunțat — un fals prognatism — iar alveolele dentare sunt necomplet dezvoltate, din care cauză avem plantări defectuoase de dinți, care călăresc unul peste altul în direcții anormale.

Toracele poate prezenta mai multe diformități, ca torace turtit lateral, prin diminuarea curburilor coa-

stelor, cu sternul eșt înainte, sau torace diformat prin retracțiunile circulare.

Coloana vertebrală poate prezenta cifoză sau scoloză.

II. *Turburări reflexe.* Acestea constau din cefalee mai des frontală și care are tendință la permanentizare, datorită capilarelor dilatate, care apasă meningeale. În cefalee meningeale este atins. Aceasta vaso-dilatație a capilarelor este întreținută prin influența unui proces inflamator sau a toxinei secretată de vegetațiile adenoidice — ca la sifilis — sau în mod reflex prin nervul trigemen din cauza iritației nazale. În esență vegetațiile adenoidice pot da cefalee prin elementul mecanic, inflamator sau toxic. *Aprosexia* sau dificultatea de-a fixa atenția datorită surdității sau unei impregnări toxice. Ea se poate asocia cu alte turburări mintale, diminuarea memoriei, inteligenței, dând sindromul lui Cistelli. Afară de aceasta mai putem avea accidente nervoase, ca *enuresis nocturne*, care s-au constatat că dispar după adenoidectomie. La fel și incontinența urinară.

III. *Turburări inflamatorii. — Complicațiuni.* — a) *Aparatul respirator.* Căile aeriene atât cele superioare, cât și cele inferioare, fiind solidare, un tot indivizibil, vor suferi în întregime în caz de vegetații adenoidice. Copiii prezintă rinite cronice muco-purulente, sunt copii mucoși, le curge mereu nasul, stau cu gura căscată și au buza superioară îngroșată, din cauza limfangitelor. Fac mereu rinite cronice hipertrofice și epistaxis. Din cauza gurei deschise, mucoasa căilor aeriene este expusă aerului rece, care îi scade rezistența față de agenții patogeni, așa că în anotimpurile reci și umede aparatul respirator plătește un greu tribut vegetațiilor adenoidice infectate. Căile aeriene inferioare, laringele, traheea, bronhiile și plămânul sunt foarte des atinse. Rino-bronșitele descendente și repetate își au cauza de cele mai multe ori în vegetațiile adenoidice supurate. De multe ori dau stări broncho-pulmonare cu stare generală slăbită, care simulează o tuberculoză pulmonară.

În crizele de *asthm* la copii, vegetațiile adenoidice, de cele mai multe ori, joacă un rol foarte mare de spărtie iritativ. În toate cazurile de *asthm* va trebui deci să examinăm rino-faringele. Lepoutre și Dutauzet au adus aporturi mari în studiul *astmului* infantil.

b) *Aparatul ganglionar.* La adenoidieni sau descriu multe cazuri de adenopatii cervicale și submaxilare. Se constată însă foarte des că întreg aparatul ganglionar participă la infecțiile care își au originea în cavum, așa că micropoliadenopatia cervicală nu totdeauna este dată de tuberculoză, ci adesea de vegetațiile adenoidice, fie direct, fie prin intermediul cariilor dentale.

c) *Aparatul auricular.* Între complicațiile produse de vegetațiile adenoidice, cele mai frecvente și mai im-

Uricedina

in tratamentul bolilor de nutriție cum sunt: Guta,
reumatismul, sciatica, boli de rinichi, afecțiunile
vezicii urinare, boli ale ficatului și ale căilor biliare,
atonie intestinală, obezitate.

Reprezentanță:
Loew & Co. S. A.
Sibiu

J. E. Stroschein, Chemische Fabrik K. G.
Berlin SO 36

LA GRIPĂ ȘI
TOATE CELELALTE
MALADII FEBRILE
DIN CAUZA RĂCELII

QUADRONAL

ANALGEZIC
ȘI
ANTIPIRETIC
verificat

★

TUB ◊ 10 TABLETE
TUB ◊ 20 TABLETE
ETUIS ◊ 6 TABLETE



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

Perlatoan- Calcium

în turburările **menopauzei**

Compoziție:

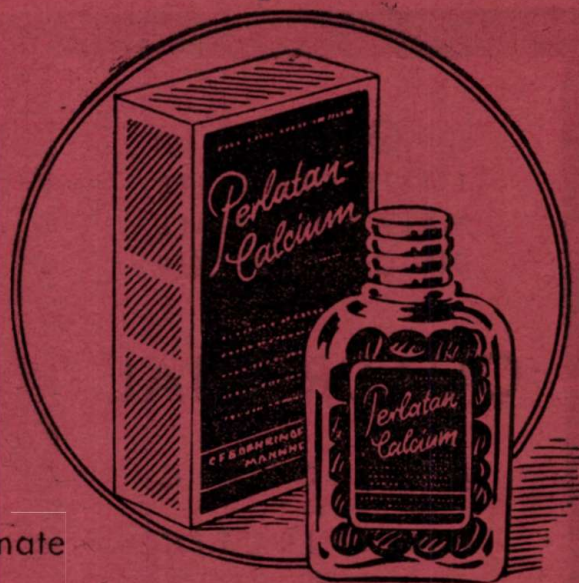
100 U. I. Perlatoan

0,25 g Lactat de calciu

0,05 g Bromură de sodiu

Flacon cu 40 comprimate

De 3 ori pe zi 1 – 2 comprimate



C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

portante sunt complicațiile auriculare. Toate infecțiile acute ale vegetațiilor adenoidale, prin intermediul trompel, amenință urechile medle, dând otite medii acute congestive care pot deveni exudative, pe urmă supurate. De aici infecția poate progresa mai departe, la mastoidă, dând mastoidita acută, sau chiar complicațiunile cranio-encefalice. Infecțiile cronice prin hipertrofia vegetațiilor adenoidale, dau turburările mecanice auzului, care întregesc otitele catarale cronice cu surditate sau otitele supurate cronice.

d) *Aparatul ocular.* Vegetațiile adenoidale prin intermediul canalului lacrimal, pot da la ochi o serie de turburări infecțioase; blefarite, conjunctivite, ulcere corneene, cheratite, dacriocistite etc. De aici se vede necesitatea și importanța colaborării între otorino-laringolog și oculist;

e) *Aparatul renal* de multe ori este prins dând nefrite albuminurice, însă nu așa des ca infecțiile amigdalelor palatine, de aceea este bine ca în nefrite albuminurice să se examineze totdeauna și căile aeriene superioare, amigdalele și dinții la copil;

f) *Aparatul digestiv.* Prin înghițirea secrețiilor din rinofaringe, se produc gastrite, enterite etc. S'au semnalat chiar cazuri de apendicită în vegetațiile adenoidale;

g) *Turburări endocrine.* După unii autori amigdalele nazo-faringiene sunt glande cu secrețiune internă, care joacă un rol oarecare în menținerea echilibrului funcțional al glandelor endocrine. După Cittelli și Poppi, vegetațiile adenoidale dau turburări a glandei hipofizară, așa se explică la adenoidienii turburările nervoase și psihice, ca diminuarea memoriei, dificultatea de fixare a atenției, somnolență, torpoare intelectuală etc.

Importanța pedagogică. Din cele descrise mai sus am văzut că vegetațiile adenoidale, constituiesc afecțiunea cea mai frecventă în patologia infantilă și mai ales în epoca școlarității. Elevii atinși de această boală de multeori sunt pedepsiți de profesorii lor, ca neatenți, de aceea față de acești copii se cere o oarecare indulgență și pe cât se poate evitarea acestor greșeli. Pedagogul sau chiar părinții, de câte ori observă la copil o lipsă de atenție, hipoacuzie, sau ușoară deficiență mintală, care duce la o lipsă de devotație pentru studii, este bine să știe că cea mai frecventă cauză a acestor turburări nervoase și psihice sunt vegetațiile adenoidale și se ia din timp măsurile de îndreptare. Numai cunoscând această afecțiune și consecințele ei, vom face ca mulți elevi să nu mai fie considerați lenși și mediocri, iar părinții și pedagogii care au renunțat la speranța de a pregăti elemente de valoare din ei, prin un examen medical minuțios și extirparea operatorie a vegetațiilor adenoidale, vor putea avea mulțumirea sufletească că vor putea crea din ei elemente sănătoase pentru societate și cu progres în școală.

Importanța socială. Vegetațiile adenoidale atât prin frecvența lor, cât și prin faptul că se găsesc la copii din epoca școlarității, când copilul trebuie să asimileze mai mult pentru viață, constituiesc o problemă socială foarte importantă. Copiii atinși de această afecțiune nu vor putea asimila suficient, datorită defecțiunilor auditive și mintale, ceea ce va duce în mod implicit la o slabă instruire și pregătire a lor. Cercetările făcute în diferite țări, au arătat că acești copii rămân mereu repetenți, sau trec prin școală fără a rămâne cu niciun bagaj de cunoștințe, devenind astfel, elemente ce nu se pot afirma în viață. Deci educația lor școlară va fi foarte deficitară. Nici chiar o profesorie nu poate fi bine învățată. În serviciul militar încă vor fi elemente ce nu se pot valida.

De asemenea turburările respiratorii vor aduce după sine diferite deformațiuni toracice, iar pe de altă parte, lipsa de oxigenare a sângelui și dinamia pulmonului, sunt factori foarte importanți în predispoziția tuberculozelor.

Din punct de vedere rasial adenoidienii încă constituiesc o problemă socială, care nu poate fi trecută cu vederea și anume, toți adenoidienii prezintă o slabă dezvoltare fizică, sunt pierdnici și degenerați. Cauza este pe de o parte insuficiența respiratorie, iar pe de altă parte influența endocrină a vegetațiilor adenoidale asupra organismului. Deci adenoidienii duc la o degenerare a rasei.

Pericolul social a fost sesizat demult și în alte țări unde s'au pornit adevărate campanii — ofensive sanitare — prin școli, pentru depistarea și tratamentul adenoidienilor. În aceste țări Italia, Statele-Unite, America de Sud, etc., se găsesc servicii sanitare școlare, foarte bine organizate. Fiecare școală atât de la oraș, cât și din provincie, are medici școlari cu o pregătire specială, încadrați cu gradul profesorilor. Mai sunt și dispensare comunale, unde toți copiii cu vegetații adenoidale, amigdale hipertrofiate, sunt trimiși și cu consimțământul părinților operați. În Italia s'a ajuns mai departe, atât statul, cât și unele societăți particulare au edificat sanatorii pentru copiii predispuși la tuberculoză, unde se trimit acești copii de școală după o minuțioasă selecționare și un serios control al fișelor de sănătate. Aici după extirparea operatorie a vegetațiilor adenoidale și a amigdalelor hipertrofiate, urmează un tratament de circa un an, timp în care se refac complet, apoi sunt redați societății complet refăcuți. Unii dintre ei sunt îndrumați la diferite meserii după aptitudinile. În timpul cât mai sunt la aceste sanatorii, urmează și cursurile școlare ținute în aer liber, de profesori tot predispuși la tuberculoză.

La noi în țară cu această problemă sau ocupat mai întâi Dr. Costinlu și Prof. Meștanu, care au făcut mai multe anchete în câteva orașe, depistând și operând

elevii adenoidieni. Mai târziu Dr. I. D. Vasiliu a organizat primul serviciu pentru combaterea vegetațiilor adenoidice în școlile primare din Capitală. După un an de rodnică activitate s'a mai organizat încă trei servicii de acestea, care din motive necunoscute sau desființat.

Câteva date statistice. Pentru a cunoaște mai bine proporția vegetațiilor adenoidice, la elevii de școală, vom arăta și câteva cifre obținute atât în școlile primare din străinătate, cât și de la noi.

1. *In străinătate:* Wood în Statele Unite dă o proporție de 12,5%.

Gulick și Ayres în New-York o proporție de 11,9%.

M. Rogazzi în Geneva o proporție 3,7%.

2. *In România:* Prof. Zolog dă o proporție de 18,1%.

Dr. G. Banu dă o proporție de 11,1%.

După cercetările mele, făcute în Plasa Sanitară Model Arpașul de Jos, Jud. Făgăraș, din 1576 elevi de școală primară examinați, am găsit cu vegetații adenoidice 263, deci o proporție de 16,6%.

Din cele relatate mai sus, reiese clar importanța vegetațiilor adenoidice în dezvoltarea fizică și intelectuală a copiilor, care lăsați în voia destinului vor deveni o sarcină atât pentru familie, cât și pentru școală și societate.

Bibliografie:

1. G. Canuyt: Les maladies du pharynx.
2. Prof. Dr. Buzoianu: Patologia faringelui, laringelui și traheei.
3. Rogazzi M.: Le service de l'inspection medicale des écoles de Gênes pendant les années 1926—1927. La médecine scolaire Nr. 8., Aug. 1930.
4. Gulick H. L. and Ayres P. L.: Medical inspection of schools New-York, 1917. Ed. Russel Sage Foundation.
5. Dr. G. Banu: Cercetări asupra defectelor organice la copii de școală. Revista de Igienă Socială, An I, Nr. 12—Dec. 1931.
6. Dr. I. D. Vasiliu: Importanța medico-socială a vegetațiilor adenoidice la copii. Revista de Igienă Socială, An II, Nr. 1, Ianuarie 1932.

Probleme profesionale

Indrumarea profesională din punct de vedere al specialistului de boli interne și al medicului pediatru

de

Dr. I. Cosma

Pediatrul care conlucrează la îndrumarea profesională este chemat ca la finea obligativității școlare să se declare asupra capabilității candidatului pentru o meserie (profesune) oarecare, atunci când elevul vrea să se pregătească pentru viața de toate zilele.

Dreptacea pediatru are nevoie să cunoască aptitudinile speciale ale elevului și cunoștințele sale să le întregască cu rezultatul observațiilor făcute în timpul dezvoltării copilului.

Este deci necesar ca, copilul să fie în permanentă observație a unui medic cu cunoștințe de pediatrie, spre a avea posibilitatea să se convingă de capacitatea psihică și organică a copilului și asupra dezvoltării acestor capacități.

Această posibilitate i se oferă medicului în calitate de medic de casă sau în calitate de medic școlar.

În tot cazul el trebuie să adune toate observațiile și experiențele părinților și învățătorilor în timpul supravegherii copilului.

Numai din colaborarea acestor trei factori, medic, învățător și părinte, va fi posibil ca medicul îndrumător să dea o decizie corespunzătoare pentru elev din punct de vedere medico-social.

Medicul îndrumător în calitate de pediatru, are o sarcină destul de grea.

Nu este suficient ca el să aibă cunoștințe despre bolile, care au o influență hotărâtoare asupra profesiei ci el trebuie să aibă cunoștință și asupra acelor însușiri psihice și organice, care rămân latente în copil și efectul lor dăunător se manifestă numai în împrejurări speciale, — el trebuie să cunoască și scăderile latente ale elevului (defecte ale fizicului și spiritului copilului) ce numai noi dispoziție și constituție bolnăvicioasă.

Cunoașterea acestor scăderi este de o însemnătate capitală cu ocazia alegerii profesiei, deoarece aceste scăderi în anumite împrejurări sunt decisive pentru soarta individului.

Copiii cu astfel de scăderi sunt neapăs pentru anumite profesii și alegânduși el o meserie nepotrivită, această împrejurare va avea repercusiuni defavorabile asupra sănătății ucenicului.

Manifestările bolnăvicioase acestor scăderi nu se manifestă exclusiv în domeniul medico-social, ci se pot pronunța și în reacțiuni patologice în domeniul psihic sau fizic, dreptacea din acest punct de vedere o colaborare a medicului pediatru sau școlar cu părinții și învățătorii, este absolut necesară.

Medicul trebuie să-și facă o licoană clară asupra constituției normale sau patologice a copilului, adică asupra integrității mintale și corporale, trebuie să stabilească dacă integritatea mintală este menținută sau individul este redus psihiceste.

Se înțelege că, medicul trebuie să studieze bine informațiile primite de la părinți, deoarece nu toate informațiile primite de la părinți date despre copil, se pot verifica.

Părinții sunt de multe ori părtințori, nici învățătorii nu pot da întotdeauna informații precise asupra elevului.

Medicul încă nu se poate orienta în deajuns asupra dezvoltării fizice și psihice, dacă copilul n'a stat timp mai îndelungat sub observațiile sale.

Sunt factori care pot fi contrarii îndrumării medicale, ca d. e. dorința părinților și prejudiciul lor pentru sau contra unei profesii, sau înclinarea și dragostea copilului pentru o meserie.

Starea materială a părinților joacă un rol însemnat la alegerea unei profesii.

Influență hotărâtoare asupra alegerii meseriei are înclinarea copilului spre o meserie sau profesie, d. e. unii copii insistă să îmbrățișeze cariera muzicală, alții cariera artistică, alții cariera de belearte, din cauză că, ei consideră viața un fel de joc, iar alții îmbrățișează altfel de cariere din ambiție, pentru a deveni celebri.

Intrând el însă în joc, se constată că, cel mai mulți nu corespund pentru aceste profesii și devin astfel elemente naufragate.

Este incontestabil deci, că pediatrii la îndrumarea profesională nu activează numai ca diagnostician, ci trebuie să ia în considerare multe momente din afară de sfera de activitate de pediatrie, ce n'au nimic comun cu pediatria.

El trebuie să-și dea seamă și asupra dezvoltării copilului în viitor.

El trebuie să cunoască calitățile și pericolul diferitelor ramuri de ocupații, care pot influența în rău boalele existente la elev, sau dispoziția la îmbolnăvire a copilului.

El trebuie să-și valorifice cunoștințele de pediatrie pe terenul îndrumării profesionale.

Domeniul îndrumării profesionale nu este terminat pentru pediatrie prin constatarea boalelor copilului, ci cu ocazia consultării profesionale trebuie să țină seamă și de alți factori importanți, care modifică o hotărâre luată din punct de vedere al pediatriei.

El trebuie să respecte unele desiderate cu considerare la consultarea profesională.

Unele din aceste desiderate sunt:

1. Precizarea stării sanitare a puterii de acțiune (psihică, fizică) și putința de a trage concluzii din

această stare cu privire la dezvoltarea psihică și fizică în viitor a copilului.

2. Insușirile și încercările profesiei, care pretind diferite aptitudini în executarea și profesarea lor, precum și influența lor dăunătoare, care le ascund diferitele ramuri ale meseriei pentru exercitanții acelor meserii.

Trebuie luate în considerare repercusiunile ce le exercită diferitele profesii asupra însușirilor bolnavicioase din punct de vedere fizic și psihic al ucenicului.

Cu ocazia consultării în orientarea profesională, numai acele îmbolnăviri vor fi luate în considerare, care se prezintă în timpul când elevul vrea să-și aleagă o meserie oarecare, — celelalte din prima și a doua copilărie, nu au nicio semnificație la aceste consultări.

Oprește pentru una sau altă meserie, o poate formula medicul consultant, după o singură consultație, numai în cazul că, va descoperi la candidat boale manifeste, care interzic învățarea anumitor meserii, sfatul pentru îmbrățișarea unei profesii poate da însă numai atunci, când a terminat studiul tuturor cercetărilor și informațiilor câștigate asupra elevului.

Medicii îndrumători au posibilitatea a da o hotărâre definitivă numai după o singură examinare, pe când pediatrii numai după examinări repetate ale copilului poate să-și dea părerea definitivă.

Pediatrii numai după observații mai îndelungate se poate convinge despre reacțiunile psihice și fizice a unui copil ca urmare a insultelor și atacurilor suferite în viața de toate zilele, aceste momente sunt importante la alegerea unei meserii.

Pediatrii trebuie deci să fie bine orientat asupra predispozițiilor patologice și asupra reacțiilor anormale ale copilului, care influențează sănătatea și înainte de toate capacitatea de muncă a candidatului.

În caz că, medicul cu ocazia consultării în vederea îndrumării profesionale descopere o boală, trebuie să se declare în primul rând, dacă această boală are caracter permanent, dacă este incurabilă.

Trebuie să se decidă dacă boala și-a făcut mersul s'au mai poate să progreseze și prin aceasta periclitează sănătatea și dezvoltarea copilului, — și ca urmare influențează în rău mai târziu sănătatea și capacitatea de muncă a individului.

Cu alte ocazii medicul poate constata o boală cu caracter trecător, trebuie însă să se convingă că, această boală nu s'a repetat în copilărie la acel individ și că nu a lăsat urme care se pot agrava în viitor.

Trebuie să se convingă că boala constatată nu este o manifestare evidentă a unei stări patologice, ereditare, sau o incapacitate organică.

În tot cazul medicul trebuie să ia o anamneză detaliată asupra dezvoltării copilului, asupra constituției și predispozițiilor la îmbolnăviri de la naștere până

la consultarea profesională, deoarece multe semne ale acestor anomalii se manifestă în prima copilărie.

Dela sine se înțelege că, îndrumarea medicală nu se termină cu o părere asupra stării sanitare a copilului.

Constatarea stării sanitare din punct de vedere psihic și fizic, precum și constatarea puterii de muncă a unui individ formează numai baza pe care își dă medicul avizul său, individului, scrutând și experiențele sale cu privire la alegerea unei profesii.

Nu numai individul care se bucură de o sănătate fizică și psihică completă poate să exercite orice profesie, fără periclitaarea sănătății sale.

Dacă medicul a stabilit vreun defect fizic, sau vreo lipsă în integritatea mintală, este obligat a-l îndruma la alegerea unei meserii potrivite pentru individ.

Spre a putea exercita medicul aceasta influență asupra individului trebuie ca medicul să fie orientat asupra diferitelor profesii, trebuie să cunoască bine greutățile ce le impun profesiunile indivizilor și să cunoască și pericolele împreunate cu exercitarea meseriilor, numai în felul acesta poate el stabili, dacă individul cu oarecare boală pentru care profesie este apt și care profesie nu este vătămătoare pentru el.

Meseriile se împart în meserii grele și meserii ușoare din punct de vedere fizic.

Se înțelege că noțiunea de meserie ușoară sau grea, este relativă, d. e., o profesie ușoară fizică, care pretinde de la individ să stea în picioare timp mai îndelungat, formează o meserie grea pentru individul cu picioare plane, sau pentru individul cu albuminurie ortostatică, pe când un individ emfizematos, astmatic o consideră ușoară.

O meserie împreună cu multă mișcare, urcarea pe scări, este potrivită cu individul cu albuminurie ortostatică, nu este însă potrivită pentru astmatici și cardiaci deși este ușoară din punct de vedere fizic.

Meserii grele sunt considerate acelea, care reclamă timp mai scurt sau îndelungat, o muncă fizică grea, sau care reclamă o acțiune intensivă și o concentrare psihică, o atențiune forțată, sau o rapidă hotărâre de luare de măsuri, sau este împreună cu pericol de viață pentru muncitori.

Fortarea unui individ cu un organism gîngăș, cu putere de muncă redusă, mai cu seamă indivizii tineri, slab dezvoltați, pentru îmbrățișarea unei meserii grele, duce ușor la un surmenaj fizic, la îmbolnăviri, urmate de incapacitate totală de muncă.

Și indivizii debili se pot adapta la o muncă fizică grea, dacă se pregătesc rațional și succesiv pentru acea muncă.

Pericolul unui surmenaj și vătămarea sănătății individului, constă mai mult în faptul că, organismul tânăr

este supus deodată unei munci grele, fără pregătire rațională, — și antrenament succesiv.

Prin aceasta greșală se pot provoca leziuni organice grave, mai ales ale inimii, drept aceea indivizii tineri trebuiesc antrenați și instruiți rațional, pentru îmbrățișarea unei munci fizice grele, chiar și indivizii bine dezvoltați trebuiesc să se adapteze succesiv la o meserie fizică mai grea.

În profesiunile care reclamă o îndelungată activitate și o mare răspundere morală și psihică, poate să ajungă individul la oboseală grea psihică, urmată de toate consecințele ei, din lipsa unor instrucțiuni de antrenament și adaptare pentru acea muncă.

Oboseala și consecințele ei se manifestă mai repede la indivizii nevropați, producându-le cele mai grave perturbări fizice și psihice.

Drept aceea acele meserii, care de fapt sunt considerate ușoare pentru acești indivizi, pot deveni fatale pentru ei.

Meseriile se pot grupa și din punct de vedere că acele meserii au sau nu o influență vătămătoare asupra unui organism bolnăvicios și redus în capacitatea de muncă, se pot grupa și din punctul de vedere al medicului în care se lucrează.

Din punctul acesta de vedere profesiunile ușoare pot deveni grele și cele grele pot deveni ușoare, pentru indivizi.

Praf, diferite gaze, umezeala, căldura sau frigul sunt circumstanțe, care pot transforma o meserie ușoară în o meserie grea.

Se pot considera meserii ușoare din cele grele acelea, care se exercită în localuri închise și acelea, care trebuiesc făcute în loc liber.

Meseria exercitată în local închis poate fi ușoară, dacă în acel local lucrează un individ singur, devine grea dacă lucrează mai mulți indivizi în acel local.

O meserie grea exercitată în aer liber, aer curat, devine ușoară (agricultorul).

Împărțirea meseriilor ușoare sau grele are importanță pentru elementele tinere, care sunt expuse la diferitele contagii, fiind ele mai grave pentru indivizii tineri.

Pericolul contaminării în aceste meserii este cu atât mai mare, cu cât se oferă mai mult prilejul de contaminare în cursul exercitării meseriilor.

Considerând că contagiunea se propagă de la individ la individ, cu atât mai mare va fi pericolul de infecțiune, cu cât contactul între muncitori este mai strâns; așa poate deveni o meserie ușoară, grea sau periculoasă pentru individ și o meserie grea în sine poate deveni ușoară, dacă nu este pericolul de contagiune.

O muncă grea, prin alimentațiile corespunzătoare, prin o adaptare succesivă și prin o influență fortificantă asupra individului, poate deveni suportabilă sănătății,

decât o înlăturare a unei infecții pentru individul periclitat.

Din acest punct de vedere o ocupație, care reclamă muncă grea fizică, pentru un individ redus în capacitate poate fi cu mult mai convenabilă, dacă se exercită în aer liber, sau în local închis, însă fără contact mai apropiat între muncitorii, decât o ocupație ușoară, care însă se exercită în aer închis, unde contactul între muncitorii este mai strâns și unde individul este expus la infecție.

Așa se explică că între fetele care exercită o ocupație de croitoreasă, funcționare etc., profesioniștii de fapt ușoare, e totuși răspândită tuberculoza.

Aceste ocupațiuni nu sunt grele, pericolul stă însă în faptul că trebuie să lucreze în localuri închise, strâmte, cu aer închis, cu mulți angajați în aceeași încăpere, fără aerisire suficientă.

Dintre aceste fete multe nu s'ar îmbolnăvi, dacă și-ar alege ocupațiuni grele, însă exercitate în împrejurări prielnice.

Aceste ocupațiuni ar fi: grădinaritul, muncile agricole etc. Făcând totuși un lucru fizic greu și expuse la răceli, umezeli, chiar acele cu tulburări neurotice, cardice, cu constituție slăbită, pot exercita mai ușor această ocupație, decât o profesiune în localuri închise.

Medicul consultant trebuie să indice meseria care provoacă mai puține tulburări unui individ, care a suferit sau este dispus la suferințe.

Indivizii, care sunt pericliți prin contagiune, îi va exclude de la ocupațiuni care condiționează o posibilitate de infecțiuni.

Va interzice pentru indivizii neuropatici, cardiaci, ocupația împreună cu iritații nervoase.

Trebuie însă să aibă în vedere că și o muncă grea, dacă se execută rațional, dacă individul tânăr nu este supus suferințelor și pericolului de infecție, se poate recomanda.

De aceea, nu este indicat ca acestor indivizi să li se recomande numai meserii ușoare; se pot recomanda și meserii mai grele, fiind astfel organismul să se mai întărească, lucrând în mediul potrivit.

Datorința medicului examinator este, în toate timpurile, ca să îndrumeze candidatul la ocupația potrivită, în care își poate dezvolta capacitatea de muncă, spre mulțumirea lui.

Prin aceasta s'a îndeplinit un postulat social, puterea de muncă și sânguină fiecare individ să se folosească spre binele lui și a colectivității, fără a i se aduce vreo leziune lui și sănătății lui.

Activitatea medicului școlar în orientarea profesională

O îndrumare profesională temeinică și rodnică se bazează pe un serviciu medical școlar conștient.

Medicul școlar prin constatările sale zilnice își poate forma o părere justă și bazată asupra vocației elevului pentru o profesiune oarecare.

Activitatea medicului școlar ce desfășoară în școală cimentează și mai mult înțelegerea și încrederea părinților față de serviciul orientării profesionale. Întreg materialul de documentare pe care îl adună medicul școlar odată cu intrarea elevilor în prima clasă primară și în timpul celor 4 ani obligatorii, precum și examinările periodice și observațiile permanente făcute timp îndelungat constituiesc un prețios ajutor la îndrumarea profesională. Cu ocazia solicitării părerii Oficiului de Orientare profesională din partea părinților, medicul școlar este chemat să-și ia rolul de îndrumător profesional al elevilor săi. Îndrumarea medicală numai atunci este de un real folos, când ea este onorată cu încrederea tuturor organelor care conlucrează în orientarea profesională, mai ales încrederea părinților și a elevilor.

Medicul școlar trebuie să judece bine rezultatul examinării corporale a elevului, el trebuie să aprecieze rezultatul unic în cadrul general al examinărilor. Aceasta o poate face medicul școlar când are la dispoziție și un număr de medici specialiști pentru examinarea specială a elevilor. Prin urmare îndrumarea profesională din punct de vedere medical trebuie în așa fel concepută, ca medicul școlar să aibă cel puțin următorii medici specialiști la îndemână: specialist de nas, gât, urechi, specialist de ochi.

În timpul obligativității școlare medicul școlar descoperă la elevi diferite îmbolnăviri și se ocupă cu tratamentul lor. La terminarea cursului primar situația elevului trebuie văzută din două puncte de vedere, și anume:

- a) Din punctul de vedere al constatărilor în privința capacității puterii de acțiune corporale, care se constată prin diferite metode de examinare.
- b) Trebuie făcute anumite prognoze în ceea ce privește viitorul elevului, apreciind individul în totalitatea lui, ținând cont de referințele ereditare, de urmările eventualelor boale, prin care a trecut, precum și de însușirile profesionale.

Îndrumarea profesională prezintă o importanță nu numai pentru individ, ci și pentru mediul social în care trăiește individul. Rezultatul muncii la care ajunge cineva prin profesiunea la care a fost îndrumat, se resfrânge în mod binefăcător asupra individului, asupra familiei, asupra Statului, mai ales acum când trebuie să producem cât mai mult pe toate țărmurile, când se reclamă producție potențată. Acum mai mult ca oricând este nevoie ca fiecare cetățean să ocupe locul cel mai potrivit pentru el în viața Statului.

Dotarea individului cu calități bine apreciate pentru o profesiune, referințele familiale, atragerea individului

către meserie, precum și împrejurările sociale contribuiesc de multe ori la neglijarea solicitării datelor medicului îndrumător mai ales din cauza că la noi este încă facultativă îndrumarea profesională.

Este un Imperativ categoric întocmirea cât mai urgentă a unor tablouri care să cuprindă diferite profesii cu indicația aptitudinilor ce se cer la exercitarea acelor profesii, arătându-se la fiecare profesiune și scăderile truștii și sufletești care nu sunt compatibile cu acele profesii.

Aceste tablouri să fie răspândite în școlile primare, în toate instituțiile de ocrotire socială, Căminuri de ucenici, Camere de Muncă și Case de Asigurări Sociale.

Examinările făcute de medicii specialiști la ochi, urechi, gât, nas, organe interne se vor centraliza în Fișa elevului și rezultatul acestor examinări se va compara cu indicațiunile cuprinse în acele tabele și în consecință se va da decizia Oficiului de îndrumare profesională candidatului care solicită îndrumare profesională.

Medicină preventivă

Importanța consultațiilor prenatale din punct de vedere al capitalului biologic național

de

Dr. Valer Negrilă,

medic primar al Serviciului de gynecologie și maternitate, Brașov

Intr-o impresionantă chemare adresată femeilor române, d-l Mareșal Antonescu, Conducătorul Statului spunea: „În România cel mai prețios dar pe care Dumnezeu îl aduce neamului, este copilul”.

Iată un mare adevăr care stă la baza fiecărui neam și de care depinde progresul fiecărei națiuni. Existența, independența și vitalitatea unui popor sunt numai atunci asigurate, când, pe lângă alți factori, el este sănătos și se înmulțește cât mai mult. O natalitate mare este cea mai bună garanție politică, neexistând alta care să cântărească mai mult.

Ori, națiunea română, în urma așezării sale geografice, are mare nevoie de împlinirea acestor două condițiuni pentru a se putea menține ca popor dominant într-un colț atât de vijelios al Europei, și în cadrul unui stat puternic în granițele lui etnice firești. O astfel de necesitate apare astăzi mai izbitor ca oricând în epoca națiunilor conștiente, străbătute de un vișuros dinamism biologic.

Ministerele sănătății de pretutindeni, parcurg cea mai radicală transformare în concepții și metode. Ceea ce la începutul acestui veac era o chestiune de organizare sanitară standardizată și susținută de câteva principii, în prezent griile departamentelor sanitare se extind în cele mai vaste compartimente și se ridică la cele mai curajoase reforme în domeniul biologic. În America e o preocupare aproape comună cercetarea spațiului igienic în care locuiesc copiii, după cum în Danemarca alimentarea copiilor constituie o îndrumare din pedagogia comună.

În fond, noi nu propunem decât ceea ce alții au realizat demult. Cerem anume, ca gravida sănătoasă să fie ferită de complicații, iar boala vindecabilă a unei

gravide să fie cât mai curând diagnosticată pentru a se înlesni o radicală vindecare. Această teză, în ce privește sarcina și urmările ei, a fost întotdeauna scopul principal al științei obstetricale conștiente și a adevăratei arte medicale.

Cercetând vremurile trecute, ele au trecut peste noi fără să lase urme prea adânci în susținerea instituțională a acestor teze, cu toate că am trăit și trăim timpuri cu o rapidă evoluție și cu mari rezultate organizatorii. Mai mult s'a scris despre ocrotirea mamei și a copilului decât să vedem prea multe realizări. Problema consultațiilor prenatale a fost privită cel mult fragmentar și fără o încadrare susținută în preocupările de Stat. Din când în când a fost actualizată numai de statisticile demografice, care au scos adeseori la iveală cifre alarmante. În județul Făgăraș, ținut de cea mai pură autenticitate românească, avem deficit de populație, iar dacă am căuta să analizăm cauzele, fără îndolală am descoperi printre ele și absența consultațiilor prenatale până la organizarea frumoaselor dispensarii de către actuala conducere a ministerului sănătății. În Banat deasemenea avem deficit de populație, tocmai în sate românești, cum este de pildă Vărădia. În schimb se observă o sporire a nașterilor și implicit a excedentului la populațiile minoritare și în special la Sași, care în ultimii ani au organizat temeinic prin inițiativa particulară, atât asistența prenatală, cât și cea post-natală. Ultimele statistici ale conaționalilor noștri Sași menționează un remarcabil spor de natalitate în județul Sibiu, pe Valea Târnavelor și chiar în județul Brașov.

În această ordine de idei, nu pot scăpa din vedere faptul, că în unele părți neamul nostru este înconjurat

de popoare cu un indice de vitalitate foarte ridicat. După Otto Hellmuth, în 1960 Slavii vor fi de șase ori mai mulți ca la 1810, Germanii, cari au o viitoare mijlocie, vor fi de trei ori mai mulți, iar Latini abia își vor dubla numărul dela 1810. Deasemeni trebuie să menționez, că după datele din 1937, mortalitatea cea mai pronunțată în bazinele dunărene a avem noi. Bulgaria are o mortalitate de 13,4, Ungaria de 14,2, Jugoslavia de 16, Polonia de 14, pe când România înregistrează o mortalitate de 18,6.

Prin urmare, problema ridicată de noi comportă o atențiune particulară, fiindcă ea nu se mai reduce la o aspirație de organizare sanitară mai superioară, ci la una vitală care interesează însăși ființa neamului nostru.

De data aceasta însă, sunt convins că în noua așezare a țării noastre se va trece la înfăptuiri serioase și pe terenul preconizat de noi. De aceea îmi permit a face comunicarea prezentă, privind importanța organizării consultațiilor prenatale. Comunicarea a fost destinată Congresului ginecologic, care urma să se țină la Cluj în toamna anului 1939, și care n'a mai putut fi făcută, din cauza împrejurărilor cunoscute.

Nu vreau să mă extind asupra laturii sociale a problemei, ci ca specialist obstetrician rămân la partea pur obstetrico-medicală. Trec deci imediat la femeia gravidă.

Este adevărat că în viața unei femei sănătoase sarcina este privită mai cu seamă de lumea laică, ca o stare normală. În ultimul timp însă, amplificându-se cunoștințele noastre fiziologice și patologice despre sarcină, am ajuns la convingerea că ea reprezintă, după cum spune și numele însuși, într'adevăr o sarcină. Și încă grea, nu numai pentru femeia bolnavă, debilă și uzată, ci chiar și pentru organismul unei femei sănătoase. De aceea, femeia gravidă trebuie ocrotită și ferită de complicații, din timp. Trebuie să ne organizăm contra mortalității mamei și noului născut.

Țara noastră are în general cea mai mare natalitate, dar totodată și cea mai mare mortalitate, în ce privește mama și noul născut. Și acest lucru se datorește asistenței atât de primitive dată femeii dela țară și dela periferia orașelor, în timpul sarcinei și cu ocazia fetei. Iar asistența insuficientă are ca urmare un adevărat dezastru pentru cei doi componenți mai importanți în menținerea și mărirea capitalului biologic național: mama și copilul.

Amintesc aici cele mai importante complicații din timpul sarcinei, fetei și ale lăuzei: avortul și urmările lui, sarcina extra-uterină, placentă prematură, toxicozele gravidice, eclampsia, placenta previe, distociile, septicemia, mastita, flebita, etc.

Toate aceste grave îmbolnăviri periclitează viața mamei gravide și lăuze și pe aceea a copilului. Ceea ce

este pentru bărbat războiul, este pentru femei facerea. În ambele cazuri există pericol de pierdere, cu deosebirea însă că războaiele sunt mai rare, pe când nașterile mult mai dese și prin urmare și pericolul pierderilor de viață mai mare.

Situația asistenței fetei, cu gravele cazuri neglijate, cari caută în ultimul moment ajutorul medical la spital, preocupându-mă pe mine ca obstetrician foarte mult, am ajuns la compunerea unei fișe pentru înlesnirea examenelor prenatale, fișe care cu ocazia unei campanii sanitare a medicilor specialiști din județul Brașov, am încercat s'o pun în aplicare. Cu această ocazie m'am convins că consultațiile prenatale organizate sistematic pot da rezultate foarte frumoase.

Fișa amintită conține tot ce privește direct sarcina, cât și ceea ce este mai important ca stare generală a femeii gravide și ce ar putea avea repercusiuni asupra sarcinei și a copilului.

La o astfel de examinare și înregistrare a femeii gravide, o maladie care, netratată, ar duce ușor la dezastru, se poate ușor constata și în felul acesta femeii i se atrage atenția asupra pericolului, așa că ajunge încă la timp acolo, unde poate fi salvată atât ea cât și copilul.

În Țara Bârsel și jur, observațiile mele mi-au arătat că peste 20 la sută din femeile gravide prezintă astfel de maladii, cari în interesul mamei și al copilului au nevoie de un timpuriu tratament medical, sau cel puțin de o sistematică observație medicală. A recunoaște din vreme aceste stări, înainte de a se produce complicațiile serioase, este scopul consultațiilor prenatale sistematic executate de medic, ajutat de sora de ocrotire și moașa dela sate.

Cazurile fatale pentru mamă și copil din cauza distociilor, prea târziu recunoscute, apăsă încă într'un număr destul de mare asupra instituțiilor noastre obstetricale. Obstetricienii dela clinici și spitale sunt atât de des puși în situații grele, când li se cere să ajute și să salveze în ultimul moment cazuri neglijate, după ce baba, moașa, sau chiar un medic prea puțin înțeles în arta obstetricală a încercat fără rezultat manopere obstetricale greșite, sau chiar periculoase, încât aceste situații au ajuns a fi dintre cele mai îngrijorătoare. Fi-rește, nu întotdeauna este de vină moașa sau medicul de astfel de cazuri neglijate, ci și ignoranța femeii gravide.

În acțiune trebuie să intre și educația femeii gravide, lucru ce se poate deodată cu punerea în aplicare a consultațiilor prenatale. Necesitatea acestor consultații trebuie să pătrundă în masele largi ale poporului nostru, pentru ca femeia să știe că în timpul sarcinei, fie ea chiar și normală în aparență, are nevoie de repetate examinări medicale. Gravide indolente, cari nu vor să știe nimic de toate acestea, vor exista întotdeauna, dar noi suntem datorți ca prin scris, prin conferințe și prin

fapte, să urmărim și să perfecționăm asistența femeilor gravide. Ministerul sănătății și al ocrotirilor sociale, care are posibilitatea să legifereze într'un asemenea sens, își va face cinste impunând obligativitatea examenelor prenatale, salvând astfel viețile a mii de mame și de copii.

În concluzie, propun ca medicii de la sate să fie obligați a face cu ajutorul moașelor și a surorilor de ocrotire, examinările prenatale, având fiecare gravidă o fișă și fiind periodic examinată; apoi ea să primească îndrumări igienice generale și speciale, privitoare la sarcină și facere, iar atunci când are nevoie de tratament medical, să-l primească imediat acolo, sau în cazurile de specialitate să fie îndrumate la centrul cu instituții de specialitate.

Despre fiecare gravidă se va purta evidență cu ajutorul fișei amintite mai sus.

După naștere și lăuzile, fișele cu observațiunile făcute se vor centraliza la centrul cu maternități, unde vor fi controlate și vor servi pentru studii și lucrări științifice.

Medicii și moașele la sate, ca să poată corespunde din punct de vedere tehnic medical acestor cerințe,

vor fi obligați a urma periodic, după necesitate, cursuri de perfecționare și reîmprospătare a cunoștințelor obstetrice, la cele mai apropiate centre de obstetrică.

Se înțelege de la sine că totodată trebuie să se treacă și la organizarea laturii sociale a acestor probleme, și anume:

— Înlăuntrul de maternități corespunzătoare și creșterea leagănelor pentru ocrotirea copilului și a mamei, în special pentru femeile nevolase.

Căci, în țările apusene nici un sacrificiu nu se pare mare, pentru apărarea natalității. În Germania, peste 80 la sută din mame trec prin îngrijirea medicului, atât înainte de naștere, cât și după, existând în materia aceasta chiar o obligativitate, consimțită de popor. În Suedia, statul cheltuiește pentru fiecare naștere, de la 3000 până la 7000 lei. În America, aproape că nu se cunoaște naștere fără consultații prenatale. În Elveția, maternitatea figurează în fruntea instituțiilor de ocrotire.

O asemenea concepție trebuie să se încetățenească și la noi. Cu atât mai mult cu cât suntem un popor tânăr, care trebuie conservat în condițiuni optime și care trebuie să participe în rosturile Europei de mâine în toată plenitudinea puterilor și calităților sale.

Bibliografie

Contribuțiunile românești în pediatrie și puericultură (din secolul trecut până azi)

de

Prof. Dr. Gh. Popoviciu

(Continuare din Nr. 11)

Numeroase lucrări ale lui *Manicatide*, *Popoviciu*, *Nicolau*, *Grașoski*, *Rusescu*, *Ciucă*, *Combiescu*, *Ballif*, *Stroe*, *Paulian*, *Hurmuzache*, *Franke*, *Turcu*, *Metzulescu*, *Cânciulescu*, etc. studiază clinica, complicațiile, etiologia, epidemiologia, diagnosticul, profilaxia și terapia pojarului, al exantemului miliariform (epidemic), varicellei, tusei convulsive, parotiditei epidemice, dizenteriei, febrei tifoidale, boalei lui *Bang*, malariei, afecțiunilor reumatice, septicemice la copil, dând adesea primele contribuții în problema respectivă. — Astfel *Stroe*, *Anastasiu*, *Chiser*, etc., stabilesc în exantemul miliariform epidemic o frecvență maximă în lunile Aprilie — Mai, mononucleoză în sânge, turburări nervoase și producerea experimentală la iepuri a unei encefalite prin inocularea corneană a virusului. — *Manicatide* arată importanța demonstrării celulelor gigantice în exudatul veziculelor, ca procedeu rapid în diagnosticul varicellei. — *Metzulescu* tratează complicațiile din parotidita epidemică (meningită, orhita), cu ser și sânge de convalescent. — *Ciucă* și *Ballif*, produc imunitate în malarie prin inoculări de sânge virulent. — *Popoviciu* vindecă

prompt dizenteria copiilor cu morcovă cruză, afine crude, mămligă, iaurt, pe lângă mere crude, brânză, etc. (v. și p. t. b). — În erisipei (incl. la copii de sân) obține vindecări de 100% prin prontosil, rublazol, eubasină. — *Levaditi* și colaboratorii săi arată exagerarea virulenței virusului neurotrop prin ergosterolul iradiat, atenuarea lui prin alcool, somnifen, tiroxină.

În tuberculoză, *Popoviciu* și colaboratorii dau metode noi de diagnostic și de stabilire a prognosticului. Reacția *Moro* în modificarea ei după *Scarzella* (fricționarea pielii cu soluție de iodat de sodiu 10%), dar aplicând după *Popoviciu* pasta de tuberculină diagnostică, nu — ca *Scarzella* — terapeutică (ectebina), o găsim preferabilă în practică față de alte reacții de tuberculină din cauza simplității executării ei și a valorii concluziilor. Ea e mai sensibilă decât reacția *Moro* originală și *Pirquet*, întrecând și reacția *Trambusti* și rivalizând cu reacția *Mantoux* 1:1000. Produsul $Ca \times P$ (determinat din calciul și fosforul sanghin), este ridicat în infecțiile tuberculoase recente; după această ridicare inițială el scade spre normal, paralel cu progresarea tu-

Myoston

Pe baza de adenosină⁷phosphorică MAP.

Myotonic pentru destinderea vasculară mai ales a circulației coronare. Profilaxie și tratament de întreținere al anginei pectorale. Pentru mărirea capacității de lucru a cordului la bătrâni. Abus de nicotină și cofeină.

Tratament de întreținere:
3—4 ori pe zi câte 20 picături.

— Flac. 20 cc. —

Codex S. A. R., Calea Șerban-Vodă 41, București.

„Obesitatea nu este o maladie gravă. Nu te omoară în câteva luni, dar te face să mori zece ani mai de vreme”.

Lipolysin^{Henning}

Glandă genitală. Tiroidă, Lob. ant. hipofiz. Timus.

Slăbire rapidă și fără pericol

3 drag pe zi înainte de mese sau 4 inj. 1 cc. intramusc. săptămânal.
Indicat tratamentul combinat simultan.

Codex S. A. R. - Calea Șerban Vodă 41, București.

Profilaxia și Terapia Rachitismului

VIOSTERIN

Dr. WANDER

Vitamina D standardizată în unități internaționale

U L E I U

1 cmc = 15.000 unități

DRAGEURI

1 drageu = 3.000 unități

CHIMIOTERAPIA GRIPEI ȘI MALADIILOR »EX FRIGORE«

GERMICID

Dr. WANDER

Tablete cu 0,5 gr.

Supozitoare cu 1,0 gr.

Supozitoare pentru copii 0,20 gr. cu Cafeină 0,02 gr.

Pulbere pentru receptură

EXCEPTORANT

ANTISEPTIC PULMONAR

RECALCIFIANT

ERIGON

Dr. WANDER

SIROP

In tuberculoză

Bronșite

Gripă

Mostre și literatură trimise la cerere :

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice
București II. - B-dul Bucureștii-Noi 90

berculozei sau cu vindecarea ei. Nivelul produsului $Ca \times P$ e scăzut sub normal în procesele tuberculoase avansate, ridicându-se la normal printr'un tratament efectiv prin sărurile de Ca, cu deosebire prin raze ultraviolete, vitamină antirahitică, untură de pește, cât și prin crizoterapie. [Ridicarea produsului $Ca \times P$] (și scăderea cotelului $\frac{Ca}{P}$), în această categorie din urmă, premerge adesea vindecările clinice, deci e un semn de bun prognostic. — Diminuarea Ca-lui și P-lui din sânge în lunile de iarnă, mai accentuată la băieții sub 7 ani, ca la fete, — și creșterea Ca-lui și P-lui, mai accentuată la băieții, în comparație cu fetele prepubere și pubere, explică variațiunile corespunzătoare ale morbidității și mortalității în tuberculoză, cât și în alte boli. Lipsa de Ca și P, rahitismul, morbiditatea și mortalitatea sunt mai accentuate la băieții de vârstă fragedă, din cauza lipsei relativ mai mare de vitamină antirahitică, în urma creșterii mai accentuate ca a fetelor. În vârsta școlară și pubertate, fetele crescând mai mult ca băieții, își epuizează mai ușor rezerva vitaminică și devin mai accesibile față de diferite boli. Variațiunile în eliminarea vitaminei C prin urină, după sex și vârstă, arată că, alături de modificările în nivelul vitaminei D, și rezerva de vitamina C suferă schimbări. Astfel eliminarea ei e mărită la fetele prepubere și pubere, în plină perioadă de dezvoltare, survenită mai curând ca la băieții. Invers, eliminarea ei prin urină este mărită la băieții de vârstă fragedă, cu deosebire sub 1 an, conform creșterii, morbidității și mortalității lor, mai accentuate în această vârstă. — *Popoviciu* a semnalat încă în 1936—38 existența unei reacții *Pirquet* inegale, asimetrice, hiperergice (la scarificarea proximală mai intensă ca la cea distală), în procesele tuberculoase recente, active sau activate, analog lui *Mayerhofer* (1939—1941) și independent de el. Interpretarea acestor reacții este cea dată de *Mayerhofer* și se confirmă prin studiul comparativ al celorlalte reacții de tuberculină, al Ca-lui și P-lui sanghin și prin studiul clinic (incl. radiologic) al cazurilor, făcut de autorul român în ultimii 15

ani. — Lucrările școlii clujene (*Popoviciu* și colaboratorii săi) asupra răspândirii și formelor clinice ale tuberculozei la copii în România, arată frecvența mai mare cu deosebire la șes, în comparație cu regiunile muntoase, cât și predominanța complexului primar ca leziune în clinică. Ele constată eficacitatea vaccinării cu BCG (observă totuși un caz de adenită cervicală benignă după BCG la o fetiță de 7 luni), cât și a vitaminic- și crizoterapiei, dozată precaut (efectivă cu deosebire în leziunile ganglionare, fiind mai bine suportate dozele mai mari). — *Michail* și colaboratorii arată rolul bacilului *Calmette* în cheratita experimentală. — Școlile din București și Iași (*Cantacuzino*, *Manicatide*, *Grașoski* etc.) se ocupă în mod special de acțiunea vaccinului BCG, confirmând eficacitatea lui între cel dintâu. *Grașoski* observă un caz de meningită tuberculoasă la un copil vaccinat cu BCG cât și alte 2 cazuri, succedute cu afecțiuni bacilare. — *Gane* și colaboratorii descriu un caz de tuberculoză congenitală, epatosplenoganglionară și un alt caz de bronhopneumonie tuberculoasă a unui copil de 9 luni, vindecat prin colapso- și crizoterapie. — *Camner* observă o meningită tuberculoasă fără reacții celulare în lichidul cefalorahidian. — *Manicatide* consideră, în baza autopsiilor făcute, că după plămân bacilul *Koch* atacă cel mai frecvent splina. — *Nasta* arată, în bază de cercetări experimentale asupra granulei, că o bacilemie odată produsă se menține ca atare fără simptome, sau dă loc unei tifobaciloze, unei granulei reci cronice sau acute, supraacute, asfixiante, cu predominanța leziunilor folliculare (granule rece) sau exudative (granule asfixiantă), după rezistența specifică și naturală a organismului față de virulența și doza agentului patogen. — *Levaditi* obține calcificarea experimentală a leziunilor tuberculoase prin ergosterol irradiat. — *Banu* etc. studiază combaterea socială și diferite alte aspecte ale tuberculozei, arătând frecvența mare în vârsta școlară, la copiii subnutriți.

(Continuare în numărul viitor).

Revista revistelor

INTERNE

Asupra tratamentului cu insulină depot la diabetici.

(Zur Praxis der Depot-Insulinbehandlung von Diabetikern) de *F. Kienle*. Kl. Wschr. 1942, Nr. 33, pag. 732—33.

În baza unei experiențe vaste autorul ajunge la următoarele concluziuni:

Se constată în anumite cazuri o curbă glicemică caracteristică și după insulina Z. P. Degewop, Neo-Insulin Degewop și Z. P. Novo, astfel că se poate vorbi de un tip de curbă glicemică Z. P. Degeop, Neo-Insulin Degewop și una Z. P. Novo.

Curba după Z. P. Degewop se caracterizează prin o urcare repede dimineața, prin un platou înalt dela amiază până târziu

după masă și prin o scădere a glicemiei în timpul nopții până dimineața.

Curba glicemică după Neo-Insulin Degewop arată o scădere lentă a glicemiei până în orele de după masă și apoi o urcare lentă, se aseamănă cu tipul curbei după insulina-depot Bayer.

După Z. P. Novo glicemia scade încet până în orele de după masă, pentru a se urca în timpul nopții.

În cazurile unde se dau doze mari de insulină, aceste caracteristici nu se mai pot constata.

Tratamentul ambulant al ulcerului cu Progynon pe cale bucală. An bulante ulkusbehandlung mit Progynon per os) de *Dr. F. Branscheidt*. Dtsch. Med. Wschr. 1942, Nr. 43, pag. 1048—50.

Este posibil tratamentul ulcerului peptic cu Progyon pe cale bucală. Autorul a tratat 15 cazuri confirmate radiologic în mod ambulant, dintre care 8 s'au vindecat, în celelalte cazuri nișa ulceroasă a persistat încă după tratament. O reacțiune după tratamentul cu Progyon este uneori o ginecomasie, din cauza căruia adesea trebuie tratamentul oprit. Tratamentul cu Proginon n'are un rezultat mai bun decât celelalte metode de tratament, în schimb este mai scump.

Bilirubina directă și indirectă. Retențiunea pigmentilor biliari prin precipitatul albuminos. (Bilirubine directe et indirecte. Rétenition des pigments biliaires par le précipité albumineux) de A. Gigon et M. Nouveraz. Schw. Med. Wschr. 1942, Nr. 44, pag. 1227—29.

Măsurarea retențiunii bilirubinei prin precipitatul de desalbuminare acetonică a serului sanghin permite de a distinge ușor și rapid icterile de origine hematică de icterile hepatice. Această măsurare a retențiunii, poate înlocui avantajos determinarea cantitativă a celor două bilirubine directe și indirecte, pentru că ea este mai simplă și mai rapidă. Acest ultim avantaj îi conferă o mare exactitudine scăzând mult cauza de eroare importantă, acțiunea distructivă a luminei asupra bilirubinei și mai ales asupra extraselor alcoolice, acetone și cloroformice a acestui pigment.

*

INFECȚIOASE

Nefrita acută cu streptococi hemolitici. Febra tifoidă și paratifoaidă. Asupra tratamentului cu sulfamide. (La nephrite aiguë à streptocoque hémolitique. Les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes. Du traitement par les sulfamidés) de M. P. Marcelă. Schw. Med. Wschr., Nr. 38/1942, pag. 1032—38.

Se studiază 6 cazuri de febre tifoidă și paratifoide supuse sulfamidoterapiei. Într'un caz de febră paratifoaidă se întrebuințează piridiu. Rezultatele au fost încurajatoare. Leocopenia tifică nu este o contraindicație pentru tratamentul cu sulfamide. Din contră studiul formulei sangvine pare a arăta în câteva cazuri valoarea acestui examen, ca test de activitate a sulfamidelor. Prezența germeniilor în materiile fecale în timpul convalescenței ar putea servi un argument în favoarea experiențelor făcute in vitro, care arată, că sulfamidele n'au nicio acțiune bactericidă directă asupra bacililor tifici și paratifici. Cercetările făcute arată interesul tratamentului precoce. Simptomele clinice sunt suficiente pentru recunoașterea unei febre tifoidă sau paratifoaidă, care indică aplicarea tratamentului. Se publică un caz de nefrită hematogenă cu streptococi hemolitici. Această nefrită însăși a fost tratată cu Cibazol. Acțiunea eroică a aceluși medicament este demonstrată între altele prin căderea verticală a albuminuriei, a tensiunii arteriale și prin modificarea rapidă a imaginii sedimentului urinar.

Cauzele hepatitei epidemice din punct de vedere contagios și epidemiologic. (Die Entstehungsursache der Hepatitis epidemica vom kontagionistischem und vom epidemiologischen Standpunkt) de Friedrich Walter. Med. Welt Nr. 36/1942, pag. 886—890.

Autorul dintr'un studiu comparativ epidemiologic ajunge la concluzia, că hepatita epidemică este o formă epidemică a imbolnăvirii, a cărei apariție în anumite locuri este condiționată de anumiți factori de teren și a căror apariție din când în când este determinată prin factori meteorici de caracter climatic. Hepatita epidemică nu este de a fi considerată cu caracterul unei boli infecțioase și contagioase, ea este mai mult un fenomen complicat al naturii și nu poate fi explicată cu simpla teorie a contactului, ea rezultă din întâlnirea mai multor factori telurici și climatici.

Dr. I. Gavrila

Cauzele celei de a doua febră în pneumonia tratată cu sulfapiridină. (The causes of secondary fever in sulfapyridine-treated pneumonia) de H. F. Donwling—T. J. Abernethy. Ann. int. Med. Vol. 14 1941, pag. 1815.

Din 339 cazuri de pneumonie pneumococică, tratate cu sulfapiridină, în 32 cazuri (9,4%) s'a observat o ușoară ridicare de temperatură. La 7 pacienți ea a fost datorită sulfapiridinei, deoarece concomitent cu ridicarea febrei a apărut și un examen medicamentos. Cu toată contraindicația de a nu mai administra medicamentul, s'a dat sulfapiridina în continuare, rezultatul fiind scăderea temperaturii și dispariția exantemului. 7 cazuri au suferit de recidivă. Dacă se constata un nivel sanghin prea scăzut de sulfapiridină, recidiva se trata cu sulfapiridină intravenos. Dacă nivelul sanghin era mulțumitor, se trata cu ser specific, cu succes. Două cazuri, care n'au primit serul specific, au decedat. La 15 pacienți, după scurt timp, primei vindecări i-a urmat a doua pneumonie, care trebuia tot așa tratată ca și prima. Asemenea cazuri de a doua imbolnăvire apar după tratamentul cu sulfapiridină mult mai des, decât după tratamentul cu serul specific.

V. M.

Tratamentul pneumoniei infantile cu eubasină. Eubasinbehandlung der Pneumonien im Kindesalter) de R. Pfaffenbichler. Kinderärztl. Prax. Vol. 13, 1942, pag. 165.

La pneumonia francă lobară se ivește defervescenta de obicei în criză, în 1—2 zile, după cât se pare independent de durata tratamentului. Dacă defervescenta este în liză după a 6-a zi de boală, cazul e suspect de o pleurezie concomitentă. Din punct de vedere fizic și radiologic regresivitatea este mai înceată, decât ar părea după curba febrei. Complicațiunile nu sunt influențate și nici nu pot fi evitate. La bronhopneumonii e greu să ne dăm seama despre efect din cauza decursului foarte variabil, se pare însă că și aici se scurtează perioada febrilă cu tratamentul cu eubasină. La regresul fenomenelor pulmonare nu se găsește vreo diferență esențială, fapt care se datorește poate diferitelor feluri ale genezei (morbili, tuse convulsivă, gripă). Pnemoniile paravertebrale terminale la distrofici și complicațiile nu au putut fi influențate. În multe cazuri se găsește otită concomitentă; într'un caz s'a ivit în a 3-a zi de tratament cu eubasină o meningită metastatică. Dosaj: până la 6 luni $3 \times \frac{1}{2}$ tabletă, în a doua jumătate de an $3 \times \frac{1}{2}$ tabletă, în al 7-lea an $3 \times \frac{1}{2}$ tabletă, mai târziu $3-4 \times 1$ tabletă. În afară de anorexie și vărsături nu s'a constatat efecte nocive. Poate că la dosaj mai mare s'ar putea obține rezultate mai favorabile.

St. D.

Evoluția paraliziei infantile în Germania și schimbarea ei epidemiologică și clinică. (Die Entwicklung der epidemischen Kinderlähme in Deutschland und ihr epidemiologischer und klinischer Wandel) de A. Windorfer. Erg. inn. Med. Vol. 61, 1942, pag. 308.

Boala a apărut treptat, tot mai frecvent către sfârșitul secolului trecut. La începutul secolului acestuia s'au observat primele epidemii bine precizate, cu un tablou clinic polimorf, neobervat cât timp apărea sporadic. Deci ca o consecință a patomorfozei (= schimbării brusce sau treptate) epidemiologice, s'a produs și o patomorfoză clinică. După un declin urmează noi ascensiuni epidemice până la punctul culminant din 1938—39. Împreună cu această a doua patomorfoză epidemiologică urmează o nouă patomorfoză clinică. Ea are caracterul primei patomorfoze, dar de astădată mai accentuat. Crește numărul afecțiunilor cerebrale (meningoencefalită poliomieltică, paralizii ale nervilor cranieni), cât și numărul formelor fără pareze. Convulsiile sunt azi mai rare, poate din cauza reducerii numărului cazurilor de tetanie. În schimb azi sunt mai interesați anii mai înaintați, fiind atinși foarte mulți copii de școală și un număr considerabil de adulți, față de participarea aproape exclusivă a copiilor mici din trecut. A crescut adecă extinderea și virulența agentului patogen.

Gh. P.

Tratamentul cu tetrofan în poliomieltă. (Zur Tetrophantherapie bei Poliomyelitis) de A. Tschuschner. Kinderärztl. Prax. Nr. 6, 1942, pag. 167.



SENNA-CARBON

TABLETE

Folia sennae plv.
Fel tauri depur.
Carbo depur.
Sulfur depur.
Ol. menthae & phoeniculi

Gastrite, Intoxicațiuni
alimentare, Constipații
acute și cronice



MYKOCID

TINCTURĂ

Jodo-phenol-trichloroxy-
aethanol-dioxybensol-
formol-fuxin-borât

Combaterea micoselor
parazitare



Fabrica HYGEA-CLUJ, S. A. R.

BUCUREȘTI

PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE

Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44

Autorul nu găsește rezultate corespunzătoare după repetate injecții intralombare de 2 cc. tetrofan, continuate cu administrarea periodică de 3 ori câte o tabletă. În paralizii respiratorii, dozele mai mari pe cale intralombară, dau ameliorare rapidă. V. M.

*

PEDIATRIE

Tulburări de nutriție, de metabolism și ale organelor digestive în paludismul copiilor. (Störungen der Ernährung, des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane bei der Malaria des Kindes) de A. Eckstein. Ann. Paediatr. Vol. 159, Nr. 1, 1942, pag. 15.

Autorul propune următoarea clasificare a tulburărilor de nutriție, de metabolism și a organelor digestive în malarie copiilor: I. Malarie oligosimptomatică: în a) malarie congenitală și b) malarie câștigată. II. Distrofii: 1. în malarie congenitală, 2. în malarie câștigată: a) la copiii de sân; b) în prima copilărie; c) în a doua copilărie (tulburări ale pubertății, distrofie adiposogenitală, cahexie). III. Dispepsie și enterită (forma intestinală a malariei copiilor de sân și a primei copilării): 1. la copiii de sân, 2. în prima copilărie. IV. Alte complicații ale malariei însoțite de diaree: 1. toxicoze la copii de sân, 2. malarie coleriformă a copiilor mai mari, 3. forma biliară, 4. forma tifoidă (malaria tifoidă, febra tifoidă și malarie). V. Dureri abdominale: gastralgie, pseudoapendicită, pseudoperitonită. VI. Nefroze: 1. în febra cuartă, 2. în malarie tropică. VII. Ciroza epatică. VIII. Tulburări ale metabolismului idraților de carbon. Toate aceste forme clinice (afară de malarie coleriformă și biliară) sunt ilustrate cu observații personale și sunt discutate caracteristicile diagnosticului lor. Din acest studiu rezultă că există în toate vârstele aspecte clinice caracteristice, a cărei legătură etiologică cu malarie în general nu este cunoscută. Există totdeauna forme de malarie larvată care evoluează cu totul altfel, decât cele descrise în tratatele de specialitate. Autorul arată că cirozele epatice se datoresc de obicei formelor de malarie tropică. În legătură cu tulburările metabolismului idraților de carbon (în timpul accesului de malarie) citează două cazuri cu iperglicemie în timpul accesului de malarie tropică, până când în alte 14 cazuri n'a găsit modificări apreciable. O. P.

Studiu asupra regulării fizico-chimice a respirației și asupra echilibrului acidobazic la copii. (Studien zur physikalisch-chemischen Atmungsregulation und zum Säure-Basen Gleichgewicht des Kindes) de H. Brühl. Ann. Paediatr. Vol. 158, 1942, pag. 233.

Comparație a debitului pe minut și a frecvenței respirațiilor în copilărie, bazată pe studiul literaturii. Demonstrația influenței metodei de examinare asupra variațiilor observate în rezultate. Frecvența respiratorie este constantă în diverse condiții de experiență, dovedind un bun criteriu pentru o iperventilație. Ea ține de: a) o mărire a frecvenței în tetania latentă; b) o ridicare a frecvenței debitului în tetania manifestă. Augmentarea debitului atinge 20—60%. Razele ultraviolete provoacă la copil o iperventilație prin mărirea frecvenței respiratorii și a volumului. Augmentarea debitului pe minut atinge 50—80%. Debitul în respirația *Cheyne-Stokes*, observată în coma meningitei tuberculoase, este scăzut. Analiza curbei respiratorii în meningita tuberculoasă arată o iperventilație inițială, ca introducere a convulsiei generale. E. M.

Contribuții la studiul relațiilor enurezei infantile cu crizele comitiale. (Contribution à l'étude de l'énurésie infantile avec les crises comitiales) de M. Schachter. Ann. Paediatr. Vol. 159, 1942, Nr. 1, pag. 19.

Între 36 copii cu enureză și crize epileptice (tipice sau echivalente) numai 7,7% aveau în același timp crize (analog proporției lui Kanner din Baltimore, de 7%) Era vorba de copii tratați (61%)

idioti și imbecili, numai 21% normali sub raport mintal sau foarte aproape de normal). La 25% din acești copii alcoolism al tatălui, în aproximativ 13% infecție paludică. Nu se poate stabili prognosticul cazurilor de enureză-epilepsie, totuși se poate presupune că crizele comitiale persistă adesea după dispariția enurezei (în 45% din cazurile autorului). Gh. P.

*

NEUROLOGIE

Nou tratament al arierației mintale prin dielectroliza de calciu a centrilor nervoși. Acțiunea sa asupra desfășurării intelectuale și fizice a copiilor înapoiați și asupra indicelui lor cronologic vestibular. (Nouveau traitement de l'arriération mentale par la diélectrolyse de calcium des centres nerveux. Son action sur le développement intellectuel et physique des enfants arriérés et sur leur indice chronologique vestibulaire) de G. Bourguignon. Bull. Acad. Méd. Paris III S. Vol. 124, 1942, pag. 622.

Autorul în 1927, tratând cu dielectroliză calcică un copil cu emiplegie coreotetozică, care prezenta o arierație mintală, a observat în decursul tratamentului aplicat în continuare, că arierația lui mintală s'a ameliorat mult în mod foarte rapid. Dielectroza transcerebrală se face aplicând electrodul pozitiv bipolar umezit în soluție de calciu 1% pe pleoape, cu ochii închiși, iar electrodul negativ în apă destilată se aplică pe regiunea occipitală. La metoda transcerebromedulară electrodul negativ se aplică pe regiunea lombosacrată. Intensitatea curentului de 2—4 m. A, durata ședinței de 30 minute. Se fac 15 ședințe în 4 săptămâni, apoi pauză de 3 săptămâni. Pentru intensificarea acțiunii înonilor înainte cu 1—2 ore de executarea dielectrolizei se dă pacientului per os 0,5—1 gr. clorură de calciu. Ameliorări în cele mai diferite afecțiuni cerebrale, inclusiv în mongolism, până în prezent în 200 cazuri tratate. Acțiunea probabil se face prin ipofiză și apoi prin întreg sistemul endocrin. Acest tratament trebuie aplicat în vârstă cât mai fragedă. Nicio ameliorare în idioția amaurotică. Indexul vestibular cronologic prelungit conform gravității cazului, este scurtat în ameliorarea treptată. V. M.

Epilepsie chez un cardiaque de Prof. Dr. C. I. Urechia. Monatschr. für Psych. und Neurologie. Vol. 106, Nr. 1, Iul. 1942.

Autorul face o punere la punct a epilepsiei cardiace insistând asupra distincției care trebuie făcută între așa zisa epilepsie cardiacă și sindromul cardio-epileptic, termen propus de D-sa.

Problema se pare foarte interesantă și dificilă de rezolvat, întru cât unii nu admit existența unei epilepsii cardiace propriu zisă.

Se propune numirea de sindrom cardio-epileptic pentru acele cazuri unde în urma unei maladii capabile de a produce leziuni cardiace (endocardită valvulară de exemplu) apare la câțiva timp și o epilepsie. Autorul arată că în aceste cazuri deși se găsesc două afecțiuni asociate, leziuni valvulare și epilepsie, produse de aceeași cauză, nu se poate vorbi de o epilepsie cardiacă.

Cazul pe care autorul îl publică este un argument în favoarea tezei sale. Un bolnav de 15 ani, la câțiva timp după o scarlatină (16 luni) face o epilepsie tipică. În anamneză nicio altă boală și nici traumatism cranian care să explice crizele epileptice. La inimă se constată o afecțiune mitrală compensată. Autorul este de părere că în acest caz afecțiunea cardiacă și epilepsia sunt datorite pojarului, ne fiind deci vorba de o epilepsie ci de un sindrom cardio-epileptic. Crede că în cazurile în care o afecțiune valvulară este compensată e vorba tot de o coincidență a celor două afecțiuni, în timp ce termenul de epilepsie cardiacă propriu-zisă trebuie rezervat pentru acele epilepsii care survin la cardiicii negri, în unele cazuri de asistolie și în special în bradicardiile lente permanente. Dr. T. Dragomir

Syndrom des roten Kernes de Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Dragomir și Dr. T. Dragomir. Monatschrift für Psych. und Neurologie. Vol. 5, Nr. 3, 1842.

După o scurtă descriere a sindromului nucleului roșu, semnalat pentru prima dată de către Raimond și Cestan și izolat de către H. Claude în 1912, cauzat de focare la nivelul regiunii respective pedunculare (arterio-scleroză mai ales), sau obliterațiunea arterei suprapedunculare mediane) autorii relatează observațiunea clinică a unui bolnav de 63 ani cu arterio-scleroză, la care s'a instalat brusc un sindrom clinic caracterizat prin simptome cerebeloase unilaterale (partea stângă), pareza incompletă a motorului ocular comun și paralizia mișcărilor verticale în sus. În decursul observațiunei bolnavul a mai făcut un nou focar (probabil un ramolism) care clinicește se manifestă prin simptome bulbare.

Dr. T. Dragomir

★

DERMATO-VENERICE (Spitalul de boli sociale Brașov)

Tratamentul sifilisului congenital (Die Behandlung der Konnatalen Syphilis) de Spiethoff. Med. Wschr. Jg. 15, Nr. 42, S.

Faptul că statisticile din 1934 arată cum cazurile de sifilis congenital în timpul școlarității și pubertății nu manifestă o scădere, se explică prin aceea că mamele sunt tratate insuficient. Prin aceasta nu se ajunge la naștere de feți morți sau la nașterea unor copii cu simptomele evidente ale unui sifilis, dar se produce totuși infecția intrauterină. Contrar duratei infecției genitale (2 ani în sifilisul tratat, 4 ani în cel netratat) în infecția placentară durata tratamentului este de 15 ani. Pentru combaterea sifilisului congenital va trebui tratată energic mama și continuat un tratament serios după naștere. Ca metodă bună s'a dovedit așa numita cură prelungită de 6 luni la copilul mic fie cu spirocid timp de 7 zile (7 zile pauză), sau cu bismut săptămânal 2 injecții. Dacă după 6 luni R. Wassermann este negativă va trebui să facem numai controlul serologic. Începând cu anul al 3-lea este necesară aplicarea salvarsanului (până la 8 ani 0.15 gr. pro doză, până la 13 ani 0.30 gr. și până la 17 ani 0.45 gr. pro doză). La adulți vom aplica 0.45 gr. la femei, 0.60 gr. la bărbați tot la 3 zile o injecție. Curele de malarie vor trebui precedate și succedate de cure intense cu salvarsan.

Dr. Emil I. Bologa

Tratat modern al gonoreei la femei. (Die moderne Behandlung der weiblichen Gonorrhoe) de Bentnin. Deutsche Med. Wschr. Jg. 68, Nr. 3, S. fb, 1942.

Speranța că rezultatele chemoterapiei vor fi paralele în tratamentul gonoreei la bărbați și femei, nu s'a împlinit. În cazul nereușitei chemoterapiei nu se va putea renunța la aplicarea unor mijloace încercate. Chemoterapia este foarte valoroasă în cazurile infecțiunei recente și necomplicate. Tratamentul va trebui imediat început cu atât mai mult cu cât menstruația, graviditatea și puerperiul nu constituie contraindicațiuni. Probabilitatea transmiterii infecției în timpul menstruației este necondiționat de combătut. Necesitatea repausului absolut la pat este de sine înțeleasă. Dozarea preparatelor singulare, a căror acțiune fără a fi relativ identică este deosebită:

1. Uliron și Neuliron: 4 zile, 3×2 tablete.
2. Albucid: 7 zile, 3×2 tablete.
3. Eleudron și Cibazol: 2 zile 5×2 tablete.

După o pauză de zece zile, această schemă poate fi repetată în cazul că rezultatele nu au fost obținute. Prognosticul nu este așa de bun în cazurile complicate ca în cele necomplicate. În cazul că nu se obțin rezultate cu chemoterapia, vaccinul reprezentând cel mai bun procedeu terapeutic. Indicația lui se impune

mai ales în complicațiunile articulare. O combinare a chemoterapiei cu tratamentul local nu este recomandabilă. Recidivele după chemoterapie se vor trata cu o nouă aplicare a preparatelor chemoterapice. Într-un cât preparatele trebuiesc a fi preschimbate, acest lucru încă nu poate fi stabilit cu precizie.

Dr. Emil I. Bologa

Zur Frage der Allgemeine behandlung der Gonorrhoe, de Schmidt. Geburst. und Frauenk. J. 3, H. 12, S. 588, 1942.

Terapia cu preparate sulfamidice trebuie astăzi aplicată exclusiv în gonoreea femeii, tratamentul local putând fi lăsat afară. Autorul dă rezultatele aplicării acestui tratament în care după primul atac cu preparate sulfamidice în 68 de cazuri de gonoree subacută și cronică (14% cu complicații) 63 au fost complet vindecate. În cele trei cazuri fără rezultat au fost schimbate preparatele. La o boală Ulironul în Albucid, Albucidul cu Eubasin iar la rest cu malarioterapie. Autorul concludă că cu toate că nu se poate preciza activitatea individuală a preparatelor sulfamidice, Eleudronul și Cibazolul s'au dovedit cele mai eficace și mai bine tolerate. O altă indicație prețioasă a sulfamidelor ne dă graviditatea și oftalmia blenoragică.

Dr. Emil I. Bologa

Reacția Chediak, o metodă rapidă pentru depistarea sifilisului în masse, de Lupa, Teleman și Zăinescu. Rom. Med. An. XX, Nr. 15—16, pag. 204—206.

Autorii luând în considerare că în situația actuală (război — separare a soților — recrutarea tineretului) chestiunea transmiterii sifilisului este mult agravată, încearcă a preîntâmpina aceste lucruri prin descoperirea surselor de infecție, prin examene serologice de laborator și instituirea apoi a unui tratament serios. Autorii cer pentru reușita acestui lucru două condițiuni: 1. recoltare simplă și perfectă a sângelui și 2. metode simple, precise, rapide și economice. R. Wassermann este anevoioasă, cere mult timp pentru executare și cheltuială mare. Soluționarea problemei a găsit-o cercetătorul cuban Chediak: se recoltează o picătură de sânge din lobul urechii se întinde pe o lamă și se defribinează cu ajutorul altei lame. Se usucă. Peste această picătură se adaugă 0.015 cc. sol. CLNA 3,5%. Pe altă lamă se face un inel de parafină în care se introduce amestecul de sânge+CLNA. Peste acest amestec se adaugă 0.03 antigen Meinike preparat la 56° cu sol. CLNA 3,5%. Totul se agită timp de 3 minute — se lasă la camera umedă 4—5 minute și se citește apoi la microscop. În cazurile pozitive apar flacoane mari sau mai mici, brune-roșietice și neregulate. La cele negative rămâne un precipitat omogen și cenușiu. Ulterior au fost aduse de diferiți autori cele mai variate modificări și completări. Rezultatele tuturor cercetărilor au fost cât se poate de îmbucurătoare. Autorii lucrării de față verifică cazurile pozitive prin R. W. Reacția Chediak este în concordanță cu R. W. în 71,8% din cazuri. Concluzia acestei lucrări este deci: „în loc de a executa R. W. la un număr foarte mare de indivizi, izbindu-ne de neajunsuri mari — vom executa un număr restrâns de R. W. numai la indivizii cu R. Chediak pozitivă”.

Dr. Emil I. Bologa

Contribuțiuni la tratamentul congeștiunilor grave și a stărilor consecutive, de E. Schreider. Med. Klin. 1942, 389.

Autorul subliniază importanța restabilirii circulației sangvine incet cu incet. Întâiu fricțiuni cu zăpadă și apă rece, aduși apoi în camere reci și culcați în pat rece. După câteva ore pot fi încercate băi încălzite progresiv până la 30 grade. Pentru refacerea circulației recomandă: Cardiazol, Sympatol și Veriazol. Congeștiunile locale vor fi tratate conservativ. În stadiul stazei venoase este de recomandat suspensiunea extremității și aplicarea de mici incizii pe regiunile de culoare albastră — violacee. Mai târziu pot fi adăugate ventuzele aspiratoare. Părțile necrotice vor fi îndepărtate chirurgical. Autorul recomandă primele 10 zile injecțiuni clinice

cu Padutin. Sunt contraindicate orice pansamente umede sau cu alifii. *Tratamentul local al congealației trebuie să fie deschis și uscat.* Se recomandă pudrarea cu Dermatol etc. Un progres important în tratamentul congealațiilor reprezintă pudra — marfanil (mesudin-prontalbin), pudra de cibazol, eubasin sau sufortan. Această terapie prin pudrare trebuie deseori repetată. Autorul mai recomandă de a combina la acest tratament iradiațiunile cu lampă Sterilux (din sticlă de cuarț) câte 5 minute în fiecare zi. *Tratamentul îl putem completa cu aplicare de aer uscat prin Foen sau ventilator special.*

Dr. Emil I. Bologa

Despre tratamentul hidroadenitei supurate axilare, de W. Schuhard. M. M. Woch. 1942, 14.

Autorul publică rezultate bune în cazurile de recidive ale abceselor axilare prin aplicarea undelor scurte și administrarea concomitentă a atacurilor cu Cibazol (10 tablete) sau Eleudron. *Tratamentul local se poate rezuma îndepărtarea părului și aplicarea de comprese, rareori la incizarea abceselor mai mari. Cazurile mai renitente reacționează bine la roentgentherapie (150—225 r. cu 2—5 mm. Al) și la administrarea în doze homeopatice a sulfului (per os) care vor activa forțele imunizatoare ale organismului.*

Dr. Emil I. Bologa

Note și informațiuni

Vizita D-lui Ministru al Sănătății în jud. Târnava Mare, Târnava Mică și Sibiu

— După România Medicală —

D-l Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, împreună cu d-l Dr. I. Stolchița, Secretar General al Ministerului, au inspectat în zilele de 24, 25 și 26 Oct. a. c. instituțiile sanitare din județele Târnava Mare, Târnava Mică și Sibiu.

Jud. Târnava Mare. — La Sighișoara s'a vizitat Spitalul de Stat, care a fost îmbunătățit în ultimul timp și căruia i s'au făcut lucrări de amenajare importante.

S'au dat instrucțiuni pentru funcționarea serviciului de puericultură și organizarea plasamentului familial în județ al copiilor abandonati.

A avut loc apoi la Prefectura județului o consfătuire cu medicii de circumscripție rurală și cu surorile de ocrotire din județ.

La Mediaș, Spitalul de Stat condus de d-l Dr. Streteanu, funcționează cu un randament mare și dă îngrijiri devotate răniților de război și bolnavilor din regiune.

Jud. Târnava Mică. — La Târnăveni s'a vizitat Serviciul sanitar și Spitalul de Stat din localitate, care are o capacitate de 500 de paturi și a fost organizat în bune condițiuni de d-l Dr. Dumitrescu, medic primar director.

Jud. Sibiu. — La Sibiu, d-l Ministru și d-l I. Stolchița, însoțiti de d-l Colonel Mihăilescu, prefect al Județului, au vizitat administrațiile comunale și dispensarele medicale din județ, oprindu-se în special în comunele *Cristian, Săliște, Orlat, Săcel, Gârbova și Poiana.*

În mod amănunțit a fost vizitată Școala de gospodărie țărănească dela Orlat, care pregătește pe tinerele fete pentru mîslunea de gospodine și mame și care a avut un mare număr de eleve dintre fetele din regiune. În lăna aceasta vor funcționa într'un mare număr de comune din țară astfel de școli de gospodărie țărănească și puericultură. Timp de 3—4 săptămâni ele vor da noțiunile de gospodărie fetelor dela sate. Cursurile vor fi conduse de surori de ocrotire, care au primit o pregătire specială în acest scop.

La Sibiu, d-l Ministru a vizitat Serviciul sanitar al Municipiului, Oficiul de Ocrotire și Ambulatorul Policlinic, dînd îndrumări pentru funcționarea lor cu un mal mare randament social.

Spitalul de Stat din Sibiu a fost mult îmbunătățit, efectuându-se reparații și amenajări importante și în-

stalându-se în bune condițiuni o serie de servicii de specialitate. Școala de surori-înfîrmere, înființată în anul 1941, a dat o pregătire temeinică elevelor-înfîrmere, care s'au dovedit foarte necesare îngrijirii bolnavilor.

Apoi d-l Ministru, împreună cu d-l Prof. Dr. Hațieganu, Rectorul Universității „Regele Ferdinand I”, au vizitat Clinicile Universitare din Sibiu, care sunt organizate în bune condițiuni și care desfășoară o frumoasă activitate didactică și științifică.

Centrul de transfuzie de sânge conservat, organizat de d-l Prof. Dr. Benetato, funcționează în cele mai bune condițiuni, procurând sângele necesar transfuziilor la clinicele și spitalele din Sibiu.

Ședința Consiliului de colaborare din Sibiu. — La Prefectura județului a avut loc ședința Consiliului de colaborare, la care au participat I. P. S. Mitropolitul Nicolae Bălan al Ardealului, d-l Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, d-l Prof. Dr. I. Hațieganu, Rectorul Universității „Regele Ferdinand I”, d-l Secretar General Dr. I. Stolchița, d-l Col. Mihăilescu, prefectul județului, precum și autoritățile locale.

D-l Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, a felicitat pe d-l Prefect pentru realizările din cursul acestui an și a subliniat înalta conștiință națională a locuitorilor acestui județ, care are o situație materială, culturală și socială mai ridicată decât în alte regiuni ale țării. D-l Ministru arată că această situație se datorește Mitropolitului dela Sibiu și Universității, care desfășoară o activitate deosebită pentru ridicarea și luminarea poporului.

D-l Ministru a exprimat mulțumirile sale călduroase doamnelor din Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale, precum și tuturor acelor care au contribuit într'un mod atât de eficace la opera de cînstire și ajutorare a invalizilor, văduvelor și orfanilor.

I. P. S. Nicolae Bălan, Mitropolitul Ardealului, mulțumește Guvernului Domnului Mareșal Conducător pentru hotărîrea ce a luat de a trimite pe membrii săi în toate județele țării spre a lua legătură cu conștiința și aspirațiunile fiecărei regiuni.

I. P. S. roagă pe d-l Ministru să ducă cuvîntul tuturor locuitorilor din județul Sibiu, de încredere și de sprijin total pentru opera realizată de d-l Mareșal conducător.

Noi Români, a spus I. P. S., purtăm cu încredere sarcinile fiecărei zi și acest război îl ducem cu conștiința împăcată că luptăm pentru dreptate.

— In Monitorul Oficial Nr. 240 din 14 Oct. 1942 s'a publicat regulamentul pentru ocuparea posturilor de medic de circumscripție sanitară rurală sau urbană și medic comunali.

— In Monitorul Oficial Nr. 242 din 16 Oct. 1942 Ministerul Apărării Naționale publică numele medicilor cari fac parte din comisiile medicale mixte de clasare de pe teritoriul diferitelor comandamente teritoriale.

— In Monitorul Oficial Nr. 244 din 19 Oct. 1942 Ministerul Sănătății publică următoarele posturi vacante: medic primar al secției medicale dela Spitalul Slatina; medic al circ. Brănești, jud. Ilfov; medic șef al laboratorului din Brăila, Craiova, Ploiești, Tecuci, Giurgiu, Târgoviște, portul Sulina.

— In Monitorul Oficial Nr. 246 din 21 Oct. 1942 Ministerul Sănătății publică vacante următoarele posturi: medic primar al Spitalului de contagioși din Brașov; medic al circ. Chisina, jud. Ilfov; medic al circ. Popești-Leordeni, jud. Ilfov; medic primar chirurg al Spitalului Turnu-Măgurele.

— In Monitorul Oficial Nr. 249 din 24 Oct. 1942, Ministerul Culturii Naționale publică vacante ur-

mătoarele: conferința de fiziologie dela Facultatea de Medicină din București; conferința de fizică medicală dela Facultatea de Medicină din Iași.

— In Monitorul Oficial Nr. 250 din 25 Oct. 1942, Ministerul Apărării Naționale publică numele Doamnelor din înalta societate, a ofițerilor generali, superiori și inferiori, a medicilor și personalului civil, decorați cu Ordinul „Crucea Regina Maria” pentru devotamentul și munca fără preget pe care au depus-o pe timpul războiului contra Rusiei Sovietice, la organizarea spitalelor și îngrijirea răniților.

— Se aduce la cunoștința generală că examenele de clasificare de medic primar de specialitate se amână pentru ziua de Marți, 15 Decembrie 1942. Inscrierile se primesc până în ziua de 5 Decembrie.

— Se amână concursurile de externat pentru ziua de Joi, 3 Decembrie a. c., ora 9 a. m., iar concursurile de internat pentru ziua de 10 Dec. 1942, ora 9 dimineața. Inscrierile se primesc pentru externat până în ziua de Luni, 23 Noembrie 1942, iar pentru internat până în ziua de Luni, 30 Noembrie 1942.

† Dr. Octavian Cristea

1915—1942

Plecarea atât de recentă din mijlocul prietenilor săi și moartea fulgerătoare pe câmpul de onoare, a fost vestea cea mai tristă care a impresionat adânc pe toți cei cari au cunoscut deaproape firea și noblețea sufletească a Doctorului Octavian Cristea.

A căzut eroic pe frontul de război, în ziua de Vineri, 18 Septembrie 1942, orele 19, în urma unui bombardament aerian și a fost înmormântat provizoriu în cimitirul militar din orașul Kerki.

L-am cunoscut în vara anului 1939, ca cel mai distins extern al clinicii oto-rino-laringologice.

Venise cu aceleași antecedente frumoase dela clinica chirurgicală și cu modestia lui exemplară cerea mereu explicații în fața tuturor cazurilor, arătând prin aceasta gândirea lui aleasă și cunoștințe temelnice în domeniul medicinei.

Prin conștiințiozitatea lui și cu o sobrietate impresionantă în fața oricărui caz grav, a câștigat încrederea totală a șefilor săi și a întregului personal medical din toate instituțiile în care a activat, excelând ca cel mai bun narcotic.

M'am legat sufletește de aceasta fire blândă cu o sinceritate hipertrofiată, și în discuțiile noastre amicale, îmi povestea cu un dar captivant, de comuna lui natală, Lunșoara din jud. Arad.

Fiul nemângălatului Părinte Ilie Cristea, conducătorul sufletesc al acestei comune, și-a încheiat strălucit studiile secundare la Liceul „Molsă-Nicoară” din Arad.

Deși la începutul studiilor medicale fusese grav bolnav, totuși dragostea pentru cel suferinzi l-a determinat să continue medicina, fiind stimulat și îndurător de toți colegii lui.

Și-a încheiat studiile de externat la clinica Urologică unde cu calitățile lui alese s'a distins ca cel mai de seamă intern al clinicii, ajungând să fie apreciat mult de Profesorul său și de tot personalul medical al clinicii.

În viața studentască a suferit foarte mult.



A fost un patriot desăvârșit, dovedindu-și aceasta nobilă calitate prin supremul sacrificiu: moartea pentru Patrie.

Ne închinăm în fața acestui suprem sacrificiu, păstrându-l veșnic în memoria noastră pe colegul care a întru-chipat în sufletul său tot ce poate fi mai frumos în vîleața pămîntească: modestie exemplară, fire blîndă, foarte muncitor, caracter ales și prietenie până la sacrificiu.

Prin moartea eroică a Doctorului Octavian Cristea, a pierdut familia cel mai scump fiu al ei, am pierdut noi toți cel cari l-am cunoscut o prietenie aleasă, a pierdut clinica Urologică un specialist desăvârșit în viitor, dar a câștigat Patria, care-și va clădi în viitorul apropiat cea mai solidă temelie din aceste supreme sacrificii.

Dr. Șt. Gârbea

Indexul materiei*)

A

	<u>Pag.</u>
Abecedarul colorizilor pentru studenți	261
Acidul ascorbic și glutanionul sangvin	414
Accidente nervoase datorită apei reci	493
Acidul nicotinic și Lactoflavina în tratamentul lupusului eritematos	458
Acrodermatita atrofiantă Pich-Herzheimer	356
Activitatea operatorie a clinicii oto-rini-laringologice din Cluj în decursul anului 1940	314
Activitatea Spitalului de Boli Mintale și Nervoase din Sibiu pe anul 1941	385-392
Actinodermită polimorfă	414
Acțiunea veninului și bacteriilor patogene	480-482
Anemie ipocromă după rezecțiune de stomac	495
Alimentația copilului	337-344, 393-400
Anomalii musculare multiple	6-8
Anonimitate și sexualitate	315
Aortita sifilitică și tulburări oculare grave consecutive	357
Apel către tinerele fete	306-308
Apendicita subcută	492
Aplicarea perlingvală a desoxicorticortenenonului în tratamentul boalei lui Addison	174
Artroplastie coxo-femorală după luxație coxo-femorală	358
Aspra modului de transmisiune a tifusului exantematic	414
Astmul și histaminoterapia	414
Asupra imunității după scarlatină	42
Asupra vaccinării enterivirică și antidifterice asociate	43
Asupra cunoașterii acțiunii vitaminei C naturale	126
Asupra tehnicii facerii nodurilor în plăgi adânci	128
Asupra combaterii hemoragiei în tonsilectomii	176
Asupra aplicării bacteriofagului în combaterea dizenteriei	217
Asupra necesității în vitamină	261
Asupra tratamentului diabetului zaharat	261
Asupra „difteriei cu coci”, o altă formă a anghinei difteroidale	261
Asupra hepatitei prin virus. O contribuție la cunoașterea tabloului clinic al poliomielitei, encefalitei etc.	262
Asupra terapiei perlingvale în astmul bronchial	313
Asupra aplicării orale a priscolului în scop de diagnostic gastric	414
Asupra importanței reacțiunii Widal pentru identificarea stărilor de infecție în epidemiile de dizenterie	414
Asupra tulburărilor în funcțiunea intestinului subțire după dizenterie și tratamentul lor	496
Asupra criticei fenomenului de stingere în scarlatină	496
Asupra cauzelor edemelor în tetanie	497
Asupra tratamentului cu insulină depot la diabetici	535
Asanumitul icter cataral și hepatita epidemică	127

B

Bazele unei profilaxii cu vitamine in bolile infectioase	261
Behring, Emil v. „Salvatorul soldaților”	259-260
Bilirubina directă și indirectă	536
Biologia știință de cultură și educație medicală	99-104

C

Carcinom malign stomacal cu structură și evoluție complexă	168
Cauzele mortalității infantile în România	162-165, 207-211, 301-304
Cauzele celei de a doua febră în pneumonia tratată cu sulfapiridină	536
Cazuri de boală din apropierea poliomielitei	313
Cazuri de psoriază artropatică	411
Câteva considerațiuni asupra cazurilor de boli contagioase tratate în Serviciul de boli contagioase din Spitalul Public Sibiu, în cursul anului 1941	10-12
Câteva observațiuni asupra clinicii tifusului exantematic	414
Câteva cazuri de gușă parenchimatoasă difuză, vasculare, rapid desvoltate la copiii de trupă din muzica Reg. 50 Infanterie	493

	<u>Pag.</u>
Câteva considerațiuni asupra chirurgiei de războiu din campania actuală	81
Cercetări asupra conținutului de potasiu și de calciu a sêrului uman	174
Cercetări privitoare la sănătatea fizică a studenților anului I dela Universitatea din Cluj, întreprinse în cursul anilor școlari 1936—37 și 1937—38	214
Cercetări antropologice asupra Moșilor dintre Arieșe	215
Cercetări asupra acțiunei percutane a histaminei	359
Cercetări clinice cu Thiazomide în tratamentul blenoragiei	360
Cercetări experimentale asupra influenței subalimentației, respective a lipsei în vitamină C asupra evoluției infecțiunii dizenterice	360
Cercetări experimentale asupra dizenteriei și paradizenteriei la copiii de sân	456
Cercetări asupra excreției acidului ascorbic în urina copiilor sănătoși și febrili	457
Cercetări comparative relativ la resorbția și eliminarea Eubasinului, Albucidului și Globucidului	498
Chimioterapia în infecțiile de războiu	81
Clasarea invalizilor	352
Coastă cervicală cu nevrita plexului brachial consecutivă	514
Combaterea cu succes a unei epidemii de casă larvate de scarlatină prin imunizarea activă după Gabritschevsky	43
Complexul de vitamine din măceși	174
Complicațiuni nazale și orbitare în scarlatină	174
Combaterea tulburărilor gastro-intestinale în febra tifoidă și în alte boli infecțioase	344
Comemorarea împlinirii unui an dela moartea Profesorului Minea	352
Comunicare asupra congresului de chirurgie dela Iași	352
Conferința în vederea utilizării studenților în medicină în cursul verii	124
Congelațiile	458
Conferința anuală a medicilor sanitari din Inspectoratul Sibiu	124
Considerațiuni epidemiologice și clinice asupra epidemiei de dizenterie din comuna Geamăna (Iulie—August 1941)	27-31
Considerațiuni asupra organizării, funcționării și activității Spitalelor de Zonă Interioară de pe teritoriul Comandamentului 7 Teritorial	31-35
Considerațiuni clinice asupra unei intoxicații în masă cu plumb în mediul rural	82
Considerațiuni la studiul reacțiilor de tuberculină	82
Considerațiuni asupra organizării și funcționării Ambulanței Divizionare	160-162
Considerațiuni asupra tehnicei de extracție a corpurilor străine de războiu	170
Constituția morfologică a epilepticilor	188-191
Considerațiuni asupra activității echipelor volante chirurgicale în războiul actual	197-199
Considerațiuni asupra chirurgiei de războiu la un post de primajutor batalionar în actuala campanie	203-205
Considerațiuni asupra dermatozelor focale	262
Considerațiuni asupra complicațiilor pulmonare în scarlatină	288-291
Considerațiuni asupra reacției Weltmann și Takata-Ara în infecțiunile hepatice	327
Considerațiuni asupra organizării și funcționării ambulanței divizionare	352
Considerațiuni asupra hematotoraxului de războiu	352
Considerațiuni asupra etio-patogeniei pitxriazei rubre pilare, în legătură cu o observație recentă	358
Consensul matrimonial al venericilor	361
Considerațiuni asupra reumatismelor focal-toxice în legătură cu câteva cazuri de artrite scapulo-umerales	373-378
Considerațiuni asupra erizipeloidului în legătură cu cazurile apărute în județul Sibiu	381-389

*¹) Titlurile cu caracter aldin sunt articole originale.

Kamillen Spuman

Substanțele active și
curative ale Chamomillei
în valorosul procedeu
Spuman:

O ideală terapie
vaginală
cu Chamomilla

INTREBUINȚARE

În general se va introduce
la 2 zile 1 bujiu, numai în
cazuri rebele zilnic un bujiu.

Modul de întrebuințare,
simplu și curat ale bujiurilor
de Spuman, dă medicului
garanția că prescrierile sale
vor fi urmate de pacientă
întocmai și cu plăcere.

...nătoarele domenii de întrebuin-
...medicul are la dispoziția sa în

...miller-Spuman

(Spuman cum Chamomilla)

...rapeutic de un efect curativ,
...ntat intens și rapid.

CA TERAPEUTIC VAGINAL NSĂȘI

...tratamentul leucoreei hotărât consti-
...ționale, la vulvovaginită, eroziuni ale
...olului, ragade pe vulvă și vagin, colpita
...enilă.

PENTRU A FAVORIZA VINDE-
CAREA LA ORICE TERAPE VAG-
GINALĂ MEDICAMENTOASĂ,
PRECUM ȘI PENTRU TRATA-
MENTUL INTERMEDIAR ȘI
FINAL



CA DESODORANT VAGINAL

În deosebi la leucoree carcinomatoasă,
la lochii fetide în lehuzie.

DEPOZIT PERMANENT AL PRODUSELOR LUITPOLD-WERK,
„DROGUERIA STANDARD” S. A. R.
STR. SF. IONICA, 8 — BUCUREȘTI, I

Tratamentul Șancrului Moale și complicațiilor sale

Prin injecțiuni intramusculare cu:

VACCIN ANTISTREPTOBACILAR

„NICOLAU-BANCIU“

din surse polivalente de Bacili Ducrey

VACCINUL ANTISTREPTOBACILAR

este foarte bine tolerat. Nu dă șoc nici febră, permițând tratamentul ambulatoriu

Prezentarea: Cutii cu 6 fiole a 2 cmc.

Adoptat de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale

Se poate procura la toate farmaciile din țară.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale de natură toxi-infecțioasă, la copii și adulți nu este decât:

„LACTOFERMENT Dr. ROBIN“

35 ani de existență
(1807—1942)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal contribuind în acest mod la nimelirea agenților microbieni patogeni.

DOZE:

COPILII până la 3 ani o linguriță la oră.

COPILII de 3 ani în sus câte 2 linguri înainte meselor.

ADULȚII 3—4 linguri înainte meselor.

Indicat în: enterite acute și cronice
la copii și adulți, diabet, ciroze,
eczeme, acnee, foliculite, furunculoză,
urticaria, guta, colibaciloza, etc.

ESTETICA FEȚEI

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SĂRĂTEANU

Indicațiuni:

Toate formele pustuloase de Acnee vulgară facială.

Produce dispariția pustulelor. Modifică starea seboreică. Impiedică recidivele.

Toleranță locală și generală perfectă.

Pentru literatură și eșantioane Domnii Medici se vor adresa:

Laboratorului „Dr. A. BANCIU“ București, Str. Regală, 10 — Telef. 5.84.29

	Pag.
Considerațiuni asupra a trei cazuri de tetanos, tratate și vindecate prin seroterapie combinată cu infecții de calciu și extract de paratiroidă	382-384
Considerațiuni asupra eritemului centrifug Darier, în legătură cu 5 cazuri observate până în prezent	411
Considerațiuni asupra faringotifusului	434-435
Considerațiuni asupra evoluției, rezorbției sângelui hemoragiilor interne intraperitoneale și conduita terapeutică	443-444
Considerațiuni asupra pregătirii și recrutării viitorului medic de circumscripție rurală	448-451
Considerațiuni asupra unui caz de granule cu evoluție puțin obișnuită	468-469
Considerațiuni asupra unui caz de Ankylostomiază duodenală	470-472
Considerațiuni asupra funcționării serviciului sanitar batalionar în trei situații tactice: paza coastei, defensivă, atac	482-486
Considerațiuni critice referitoare la necesitatea educației sanitare în școlile noastre rurale	519
Corpii străini inclavați în vagin și uter în tentativele de avort criminal	466-467
Contribuțiuni clinico-terapeutice la tratamentul afecțiunilor cutanate datorită frigului	13-20
Contraindicațiunea sclerozării varicelor în flebita profundă	44
Contribuțiuni clinice la întrebarea dioxidi-dietilstilbenului dipropionat în tulburările funcțiilor genitale ale femeii	44
Contribuțiuni la introducerea Cirenului în terapia tulburărilor hormonale ale funcțiilor genitale ale femeii	44
Contribuțiuni la studiul anatomo-clinic a impresiunii bazilare și a asimilării atlasului	45
Contribuțiune clinică la febra de Malta	127
Contribuțiuni la studiul reacțiilor de tuberculoză iperergice (reacții cutanate inegale proximal mai intense)	137-141
Contribuțiuni la studiul șocului insulinic	182-188
Contribuțiuni la studiul trombozelor post-traumatice	323
Contribuțiuni la tratamentul dietetic al tulburărilor de nutriție la copii	356
Contribuțiuni la tratamentul pemfigusului vulgar	403-407
Contribuțiuni la studiul acțiunii substanțelor simpatico-și parasimpaticotrope asupra morfologiei larvelor de afibiene anure	431-433
Contribuțiunile românești în pediatrie și puericultură	489-491
Contribuțiuni la studiul șocului insulinic. Acțiunea șocului insulinic asupra metabolismului scoarței cerebrale și a regiunilor subcorticale	492
Contribuțiuni relative la profilaxia leucodermiei	498
Contribuțiuni la cunoașterea prevenirii și tratării dermatitei salvasanice	498
Contribuțiuni noi la studiul seroetnic al populației din România	503
Contribuțiuni la studiul relațiilor enurezei infantile cu crizele comitiale	536
Contribuțiuni la tratamentul congelațiilor grave și a stărilor consecutive	539
Cu privire la învățământul igienei în școala primară	121-122
Cum a funcționat Secția de Tuberculoză a Clinicii Medicale I din Cluj la Sibiu, în cursul anului 1941	117-119
Cum se poate comporta chirurgul general în rănilor de războiu ale urechii, ale căilor respiratorii superioare până la îngrijirea de către oto-rino-laringolog	128
Curenți sintetice în medicina contemporană	170

D

Dare de seamă asupra congresului de chirurgie de războiu ținut la Iași în Februarie (21-23) 1942	166-167
Dare de seamă a comitetului societății științelor medicale pe anul 1941	170
Dare de seamă asupra revistei „Ardealul Medical” pe anul 1941	170
Debutul tuberculozei pulmonare la adult	84
De ce nu avem radiologi?	304-306
Dermatoze familiare și ereditare	82
Despre schimbările capsulei labirintice în cazuri de avitaminose experimentale	130
Despre simulanți	352
Despre diagnosticul sifilisului hepatic	361
Despre tratamentul toxicozei alimentare la copiii de sân în primul sfert al anului	457

Despre tratamentul local al combuștiilor cu alifii sulfamidice	458
Despre așaziile ritmurilor cosmice la om	495
Despre tratamentul hidroadenitei supurale axilare	540
Diabetul și graviditatea	42
Diagnosticul și terapia la copii	455
Diagnosticul sifilisului hepatic	458
Diagnosticul tricinozei cu ajutorul testului cutanat și a reacțiunii de fixare a complementului	496
Dictionar medical de limbile germană și franceză	215
Din domeniul relațiilor vitamino-hormonale, cercetări proprii	493
Diverticol duodenal paraulceros	493
Dizenterie cu Flexner în Bretania și tratamentul ei. O contribuție serobacteriologică	217
Dublă operație de gastro-entero-anastomoză cu ulcer peptic perforat	353
Dolantin pentru combaterea durerii în medicină internă	127
Dolantin, un medicament nou cu acțiune spasmolitică și analgetic pronunțată	360
Două cazuri de stenoză laringeană vindecate prin tracheo-laringostomie	175
Două cazuri de lupus eritematos diseminat	411
Două cazuri de sifilom primar extragenital	411
Două cazuri de apendicită în perioada de debut a febrei tifoide	511
Dovezi noi referitoare la dezvoltarea sistemului tiro-pa-tireo-timic și al arcului arterial al V-lea la șoarecele alb	495
Drenajul aspirator în tratamentul cavernelor tuberculoase	147-150
Dreptul la sănătate și dreptul de a vindeca în lumina etatizării bolnavilor și medicilor	66-75, 109-117
† Dr. Octavian Cristea	541

E

Elemente de istologie și tehnică microscopică	260
Elemente de fiziologie, tratamentul și alimentația nou născuților și sugărilor pentru studenți, medici tineri și moașe	495
Entitatea psiho-fizică	35-41
Eosina în tratamentul local al psoriazei vulgare	43
Epidemia de rușeală din municipiul Alba-Iulia în anul 1941	522
Epilepsie chez un cardiaques	538
Este utilă electroterapia la bolnavii cu poliomieliță și cum trebuie aplicată?	261
Evoluția clinică și caracterele bacteriologice a câtorva cazuri de meningite meningococice	127
Evenimentele sanitare din județul Sibiu, în cursul anului 1941	253-259
Evoluția paraliziei infantile în Germania și schimbarea ei epidemiologică în clinică	536
Experiențe practice cu tratamentul „Depot” în insuficiența suprarenală	42
Experiențe cu imunizarea activă profilactică antidifterică la adulți	42
Experiențe cu imunizarea activă contra scarlatinei	43
Experiența antropologică și determinismul manifestărilor umane	126
Exofagoatropie congenitală	130
Experiențe în profilaxia și terapia rachișmului	174
Examenul rectoscopic în dizenteria bacilară	262
Examenul medical prenuptial obligator în mediul rural	451-452
Există o lepră congenitală?	498

F

Febra din Wolhynia	335-337
Fenomene alergice în căile respiratorii la copii și tratamentul lor	400-402
Fibrom al ovarului	518
Fistulizarea temporară a intestinului subțire în ileusul peritonitic. În legătură cu un caz de leziuni intestinale latente prin schije și peritonită localizată și cu 4 cazuri de ileus peritonitic postapendicular	370-373
Foliculinoterapia în graviditatea complicată cu malarie	463-465
Forma cerebrală și intestinală a tifusului exantematic	313

G

Glioza prepapilară	1-5, 90-96, 230-237
Goia, Dr. I. Profesorul	420-21

	Pag.
H	
Hemoragiile intraperitoneale de origine genitală, în afara stărei de graviditate	438-442
Hemiplégie syphilitique et tabès vésical	497
Herpesul zoster și simplu la trichinoza acută	43
Histero-Traumatismele auditive de războiu	352
Histero-Traumatismele auriculare de războiu	436-38
I	
Igiena Universitară la Cluj	213
Igiena sporturilor	412
Imunizările asociate, interesul practic și teoretic	43
Imbecilitatea	125
Importanța conținutului în acid ascorbic al lichidului cefalo-rachidian din punct de vedere al diagnosticului diferențial	261
Importanța măceșilor în alimentație și în medicină	312
Importanța sistemului nervos autonom față de afecțiunile cutanate și tratamentul acestora	314
Importanța diagnostică a puncției hepatice	357
Importanța clinică a puncției sternale în diagnosticul boalelor de sânge	365-70
Importanța clinică a puncției sternale în diagnosticul boalelor de sânge	421-31
Importanța medico-socială și pedagogică a vegetațiilor adenoide la elevii de școală	525
Importanța consultațiilor prenatale din punct de vedere al capitalului biologic național	532
Imunizare contra tifusului exantematic	217
Încercări cu reacția de sarcină Bowmann-Vischer	279-281
Îndrumarea profesională din punct de vedere al specialistului de boli interne și al medicului pediatru	528
Infarctul miocardic	41
Influența castrării asupra tumorii canceroase	315
Influența șocului insulinic asupra metabolismului lipidelor și a substanțelor azotate din creier	356
Infecție sifilitică amigdaliană cu fenomene grave de generalizare	411
Influența alimentației de războiu asupra diabetului zaharat	414
Îngrijirea copilului sănătos și bolnav	456
În legătură cu 4 cazuri de vagină intestinală la copii	356
Inspecția, palpația, percuția și ascultația	83
Insuficiența velo-palatină congenitală însoțită de tulburări în ingestia lichidelor	97-99
Instituțiile de ocrotire a familiei, mamei și copilului, indispensabile	119-20
Insemnătatea tulburărilor vestibulare pentru definirea comotei cerebrale, îndeosebi, luând în considerație nistagmul de poziție	175
Intoxicațiile cu plumb în masă, apărută în mediu rural	62-66
Intervenție de focar în obliterarea vasculară de natură inflamatorie	217
Intoxicația acută cu alcool metylic (spirt antiger)	241-45
Introducerea în igienă și în epidemiologie	260
Întrebuințarea vitaminei K pentru examinarea funcțiunii hepatice	359
În tratamentul sclerodermiei	411
Introducere în medicina infantilă	455
Istoricul antropologiei în România	125
L	
Lecitina	84
Leziuni cardiace pneumonice	495
Lupus eritematos exantematic cu tbc polivisceral	411
Lupta contra infecțiunii bucale	416
M	
Mecanoterapia în tratamentul leziunilor de războiu	168
Meningita sifilitică la o copilă de 6 luni	359
Metuvit, pomada actino-activă în terapia șancrului moale (veneric) și a ulcerelor cu etiologie diferită	475-76
Medicul de circumscripție și organizarea sanitară în mediul rural	477-80
Mixoedem tireopriv frust provenit din maladia lui Basedow	379-80
Miocardită și nefrită alergică într'un caz de adenită hilară tuberculoasă	456
Mortalitatea infantilă în mediul rural	347-51

	Pag.
N	
Necesitatea funcționării secțiilor de tuberculoză la Spitalele Corpurilor de Armată	82
Nefrită cu streptococi hemolitici	536
Neuro-labirintită totală bilaterală sifilitică	238-241
Nevrită optică retrobulbară vindecată prin trepanare sfenoidala	358
Noi concepții asupra „actinomicozei“	313
Notă asupra evacuării răniților în campania actuală	199-202
Nou tratament al arieției mintale prin dielectroliza de calciu a centrilor nervoși	538
O	
Obişnuința cu pervitin și intoxicația acută cu pervitin	217
Observațiune în legătură cu cinci cazuri de intoxicații grave accidentale la copii cu Hyosciamus Niger (Măsălarită)	284-286
Observațiuni clinice în epidemii de dizenterie	360
Ocrotirea copilului în război	82
Ocrotirea sanitară a mamei și a copilului	456
O indicație particulară a toracoplastiei apicale	42
O nouă interpretare a mecanismului gastrulării	226-229
Operațiunile gynecologice și principiile lor anatomo-topografice	494
Originea intoxicației cu plumb din comuna Veștem	82
Orientarea profesională	408-410
Organizarea și funcționarea Centrului de inițiere sanitară a învățătoarelor din Sibiu	453-454
Osteosinteza prin începuire cu material autoplasic	57-62
Osteodistrofiile hepatogene	495
P	
Parotidita epidemică și diastază urinară	127
Patogenia sciaticelor și brachialgiilor. Discopatiile traumatiche și degenerative	216
Patogenia anemiei hipochrome după rezecția de stomac	359
Pericolul alimentar și combaterea lui	356
Pediatrică	455
Pediatrică, Puericultura și Nipologia	457
Pielea sub acțiunea razelor solare și a luminei	415
Plaga prin schișă de obuz a coloanei cervicale cu ruptură arterei vertebrale; compresie medulară (hemiplegie)	82
Plăgile oculo-orbitare de războiu	333-335
Problema tuberculozei pulmonare în război	81
Principiile și postulatele fundamentale ale viitoareii organizări de ocrotire a familiei, mamei și copilului în România	205-206
Procedeu de ligamentopexie uterină	286-288
Principii generale pentru organizarea combaterii tuberculozei în România	292-298
Problema tuberculozei în mediul școlar	298-300
Principii în operațiunile obstetricale	311
Proteză de cauciuc în loc de cholecistoduodenostomie	332-333
Prezentări de hepatograme	358
Prezentări de cazuri	411
Primele rezultate obținute cu Sulfapyridine în tratamentul blenoragiei	412
Probleme de chirurgie infantilă în practică	412
Problema cancerului și chirurgia practică	413
Proectile deviate	486-487
Psoriază vulgară lineară și zoniformă	411
Puncția sternală, ganglionară, splenică și hepatică în diferitele forme clinice de mononucleoză infecțioasă	49-56
R	
Rahitism atipic cu aspect de disostoza endondrală metafizară	457
Raportul dintre kistele de ovar luteinice și evoluția moli hidatiforme și chorioepiteliomului	282-283
Raport homosexual mortal al unui bărbat cu un câine	315
Reacția Chediak, o metodă rapidă pentru depistarea sifilisului în mase	539
Recunoașterea bolilor interne acompaniate de stări de inconștiență	172
Reflexiuni asupra tratamentului plăgilor de război	359
Reflexe străine patologice în bolile sistemului extrapiramidal-motoric	455

	Pag.
Regimul cu pudra de mere Aplona în tratamentul di-	
zenteriei bacilare	245—249
Relativ la etiologia pemfigusului nou-născuților	498
Rezultatele clinice obținute cu un analgetic și spasmolitic,	
preparat pe cale sintetică	360
Rezultate noi în tratamentul cu eubazină al pneumoniei	
copiilor	496
Roentgenoterapia profundă în mal perforantului din tabesul	
dorsal	315
Rosturile pediatriei și puericulturii	75—81

S

Siebeck Richard	308—310
Sifilide secundo-tertiare scrotale	411
Sifilis secundar pustulos	412
Simpatectomie în congelățiuni	487—489
Sindrom paralic al nervilor cranieni, tip Garcin incomplet,	
consecutiv unui carcinom al rino-faringelui	313
Sindromul ipoglicemic în trichinoză	357
Sistemul nervos și oboseala	456
Spiritul sintetic în reconstrucția medicinei	353
Starea actuală a tratamentului dermatozelor para-	
zitare	445—448
Studiul experimental asupra sulfamidoterapiei pe cale inter-	
peritoneale	174
Studiu critic asupra tratamentului operator al fisurilor	
labiovelopalatine (buză de epure și gura de lup)	249—253
Studii relative la eczema sugarilor	361
Studii comparative in vitro cu derivați sulfanilamidici asupra	
grupului de bacterii tific-dizenteric	456
Studiu asupra regulării fizico-chimice a respirației	538
Sulfamidele în pediatrie	21—26
Sulfamidele în Dermato-Venerologie	191—197
Sulfonamidele ca substanță fotoprotectoare	361
Sulfanilguanidină în tratamentul dizenteriei bacilare acute	
a copiilor	457
Supravegherea diabeticilor	171
Sur quelques cas d'accidents du traitement rabique	497
Syndrom des roten Kernes	539

T

Tabloul clinic al infecțiunei focale tonsilare și influențarea terapeutică	262
Taninul ca preventiv și în tratamentul alergicilor alimentare	361
Tarsotomie verticală, ca metodă de intervenție contra entro- pionului trachomatos	142
Terapia modernă a varicelor, emoroizilor și varicocelului	172
Terapia cu hipertermie prin unde scurte	216—217
Terapia sulfonamică a gonoreei	314
Terapia vitaminică a pruritului, leucoplaziei și a kraurozei vulvare	314
Terapeutică dentară și grupul sulfamidelor	416
Terapia cheratitei parenchimatoase	472—475
Tetanie în stenoza pilorică	127
Tratamentul migrenei cu substanțe oestrogene	42
Tratamentul fracturilor deschise de războiu ale membrului inferior în Spitalele de Zonă Interioară	81
Transfuziile sanghine în războiu	81
Transformarea grupelor sangvine la om	89—90
Tratamentul hemoragiilor intestinale din febra tifoidă cu pectine	104—109
Tratamentul fracturilor deschise ale convexității craniene	128
Tratamentul rinitei spasmodice prin desensibilizarea ne- specifică	130
Tratamentul cu vitamina C în bolile infecțioase acute	158—159
Tratamentul cu sulf în medicina internă	172
Tratamentul sifilisului congenital	176
Tratat pentru surori-infirmitere de sugari și copii	311
Tratamentul cu Rhodan în imbolnăvirile bacteriene inflamatorii	313
Tratamentul congelățiilor cu Cyren	314
Tratamentul cefaleelor de origine oculară prin aneste- zierea nervilor occipitali mari (occipitali ai lui Arnold)	321
Tratamentul plăgilor de războiu	352
Tratamentul cefaleelor post-rachi-anestezice prin anestezierea nervului sub-occipital al lui Arnold	356

Tratamentul fenomenelor dureroase in glaucom prin anestezierea nervului sub-occipital al lui Arnold	356
Tratamentul rapid al vulvo-vaginitei și oftalmiei gonococice cu Eleudron	415
Tratamentul conjunctivitei gonococice la nou-născut	415
Tratat de pediatrie	455
Tratamentul cu sulfapiridină al pneumoniei: discuții asupra defectelor și complicațiilor aparente	457
Tratamentul chimic al diareelor infecțioase cu sulfatazol	457
Tratamentul ulcerului crural in practica generală	458
Tratamentul de asalt cu vitamina D	496
Tratamentul blenoragiei fetițelor și sugarilor	497
Tratamentul ambulant al ulcerului cu Progynon pe cale bucală	535
Tratamentul pneumoniei infantile cu eubasină	536
Tratamentul cu tetrofan in poliomieliță	536
Tratamentul sifilisului congenital	539
Tratat modern al gonoreei la femei	539
Trichomonas vaginalis in ciclul menstrual	176
Tuberculoza laringeană	175
Tuberculoza latentă a faringelui	262
Tuberculoză hiperplazică diseminată	412
Tulburări de nutriție, de metabolism și ale organelor digestive in paludismul copiilor	538
Tumora retroauriculară dreaptă recidivată, grefată pe cicatrice de trepanație mastoideană și cu etiologia necunoscută	493
Tulburările circulatorii datorite varicelilor	44
Tulburările de nutriție (digestive, gastrointestinale, gastroenterite) ale copiilor de sân și tratamentul lor	271—279
Tulburările de ritm ale inimii	311

U

Un caz de cancer primar al apendicelui	S 8—9
Un an de activitate și de realizări la Ministerul Sănătății	122—23
Un caz de apofizită tibială anterioară bilaterală	144—146
Un nou instrument laringeal pentru cusut	175
Un nou tratament al cefaleelor	181—182
Un tratament ieftin și simplu al scabiei	314
Un caz de coree cu stenoză mitrală	330—331
Un caz de lepră mixtă	353
Un caz de sifilide tubero-serpiginosă	355
Un caz de sifilide tubero-serpiginosă secundo-terțiare	355
Un caz de tuberculide papulo-necrotice keratodermie palmo-plantară	355
Un caz de Poikilodermie	356
Un caz de meningită cerebro-spinală epidemică	356
Un caz de ruptură totală a uterului	357
Un caz de embolie a arterei brahiale vindecat prin Eupaverin	357
Un caz de eritem anular centrifug Darrier	357
Un caz de polipoză rectală	358
Un caz de pileflebită la un copil de 14 ani	359
Un caz de actinomicoză a regiunii fesiere, vindecat prin Röntgen- și vaccino-terapie	411
Un caz de blenoragie complicată cu artrită și oftalmie endogenă	411
Un caz de sarcom gigant al gâtului	411
Un caz de tuberculide ulcerose Pautrier	411
Un caz de piodermie vegetantă	411
Un caz de pitiriază rubră pilară	412
Un caz de acne cheloidiană	412
Un caz de actinomicoză a buzei superioare	412
Un caz de induratio penis plastica	412
Un caz de eritem polimorf veziculobulos, recidivant, în parte serpiginos	412
Un caz de precanceroză cu localizare pe gambe	412
Un caz de plagă maxilo-facială de războiu, cu distrugerea întinsă a mandibulei, tratată prin plastie osoasă, cu considerațiuni asupra imobilizării în fracturile maxilo-faciale	416
Un caz de scleroză în plăci asociată cu boala lui Cushing	493
Une complicații nervoase rare après l'extraction d'une dent	497
Ulcus rodens al regiunii temporale	411
Ungvetul sulfuric	315
Urticarie cronică recidivantă	44

V

Valorificarea diagnostică a determinărilor de calciu în ser	313
Variațiile regionale în cauzele mortalității infantile și măs-	
urile de combatere	356

Vitamina K într'un caz grav de purpură reumatică	Pag. 126
Vitamina D ₂ și D ₃ și A.T.10 în deficiența congenitală tiroi- diană și paratiroidiană	496
Vitamina P. Drum nou în tratamentul eczemei	497
Vizita profesorului Morelli la Sibiu	263
Volumetrie craniană, cerebrală și ventriculară combinate	497

W

Wasserbett, Das.	458
--------------------------	-----

X

Xerosterinul în tratamentul fracturilor și plăgilor atone la răniții de războiu	291—292
--	---------

Z

Zonă și varicelă	411
Zur Therapie der chronischen konstitutionellen Rhinitis	130
Zur Frage der allgemeine Behandlung der Gonorrhoe	539

Indexul autorilor**A**

Adam E.	160—162, 352
Aleman M.	470—472
Andrei L.	175
Ambrus I.	97—99, 130, 238—241

B

Bălașiu Teodor	525—528
Beldean A.	416
Benetato G.	182—188, 356, 492
Bobancu P.	288—291
Bocriu E.	128
Bologa E.	35—41, 314—315, 358, 361, 403—407, 415—416, 458, 497, 498

Borza Z.	170
Buda T.	477—480
Buhociu A.	284—286
Bumbăcescu N.	117—119
Buzoianu G.	97—99, 358, 436—438

C

Cadariu Smaranda	10—12
Cadariu Ioan	522—525
Căprioară D.	168
Cepcu M.	128
Colbazi E.	403—407
Copăcescu M.	8—9
Copăceanu M. P.	279—281
Cosma D.	408—410
Cosma I.	453—454, 528—532
Coșăreanu A.	438—442
Cotul G.	175—176
Crăciun A.	121—122

D

Daniello L.	84, 117—119, 292—298, 412
Danicico I.	144—146, 370—373, 511—514
Diacicov M.	472—475
Dinculescu T.	215, 216—217, 312
Dragomir T.	493—497

F

Fabritius	173, 412
Faur	352
Fodor O.	223—226

G

Gavrilă I.	10—12, 42, 43, 83, 84 104—109, 126—128, 158—159, 170, 171—172, 174, 213—215, 217, 245—249, 260—262, 288—291, 311, 312—313, 344—347, 352, 359—361, 414—415, 419—420, 494—495, 496, 5
Gârbea St.	175, 176, 493, 5
Găina I.	466—467
Gheorghiu	353, 493

H

Hațieganu I.	49—56, 223—226, 357, 358, 365—370 421—431
Halchini A.	147—150
Hângănuț M.	352

I

Ioanovicu Gh.	62—66
Ionașiu L.	188—191, 385—392
Iosan I.	62—66, 168

K

Kernbach M.	66—75, 109—117, 125, 353,
-------------	---------------------------

L

Lungu C.	188—191, 385—392
Lupu M.	238—241, 436—438
Luștea V.	503—511

M

Macavei	170, 327—330, 365—379, 424—431, 470—472
Manta I.	358
Manu A.	400—402
Mașeș E.	188—191
Mărtioiu V.	203—205, 443—444
Miculescu M.	175
Mihail D.	1—5, 90—96, 230—237
Mihăese Oct.	27—31, 482—486
Mihălescu O.	355, 411, 412
Mihălca I.	412
Mircioiu C.	160—162, 199—202, 352
Modran L.	13—21, 43, 44, 411
Moșă O.	62—66, 311
Munteanu V.	456
Morariu E.	150—157, 373—378
Mosoiga	357
Moșoiu V.	286, 518
Moșoiu V.	448—451

N

Nana A.	181—182
Neagoș P.	147—150
Neamtu I.	357
Nedelcu I.	466—467
Negrilă Valer	532—534

O

Oprîșiu C.	249—253
Opreanu O.	253—259, 381—382
Opreanu-Lelescu N.	323—327
Opreanu I.	373—378

P

Papilian V.	89—90, 181—182, 226—229, 321—323, 352, 356, 431—435
Pascuovici T.	308—310, 315, 416
Păunescu M.	197—199, 379—380, 463—465
Păcurariu I.	321—323
Păcurariu L.	1—5, 90—95, 230—237
Păcurariu G.	355, 357, 475—476
Păcescu N.	355
Pelea I.	330—331, 468—469
Perianu S.	241—245, 335—337
Petrișor V.	493
Petrescu T.	282—283, 359
Popovicu Gh.	21—26, 75—81, 119—120, 137—141, 205—206, 271—279, 337—344, 356, 359, 393—400, 455, 456, 489—491

Pag.

Philipovics I.	332—333, 357, 487—489
Pop O.	356, 358, 359, 457, 497
Pop L.	411, 412
Pop N.	486—487
Pop Alex.	57—62
Popovicu V.	142—144
Popescu St.	298—300
Popovicu T.	312, 357
Popovicu G.	436—438, 534—5
Prăgoiu I.	57—62, 166—167, 168, 358
Preda G.	31—35
Preda V.	89—90, 215—216, 226—229, 431—435
Posticescu V.	45, 130, 315

R

Radu P.	365—370, 421—431
Râmneanțu P.	503—511
Revesz	126
Russu I. G.	6—8, 97—99, 175, 217, 262, 314, 321—23, 356

S

Spârchez T.	49—56, 357, 365—370, 421—431
Sperantia D.	480—482
Stanca C.	411
Stoenescu Th.	385—392
Suciu E.	304—306
Surianu T.	357

T

Tătaru C.	353, 355, 356
Teșoiu M.	8—9, 144—146
Tiniș A.	451—452, 519—521
Todoran M.	382—384
Todea C.	330—331, 468—469
Tragor S.	358
Treppenbergh R.	347—351
Tribus A.	147—150

Ț

Țarlea R.	191—197, 356, 358, 411, 412, 445—448
Țeposu	352
Țercanu E.	132
Țuchel V.	291—292

V

Vasilache Ghe. Gh.	162—165, 207—210, 301 304
Vasiliiu T.	168, 352
Vâlceanu T.	241—245, 335—337
Velluda C. C.	99—104, 126, 352, 353
Veress F.	411, 412

U

Urechia	352, 493
Ursu L.	241—245, 335—337
Usineviciu Gh.	514—518

Z

Zglimbea G.	357
Zolog N.	333—335, 352

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE
GEDEON RICHTER S.
A.

București V. Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Insuficiența hepato biliară

și consecințele sale
dispar prin

FELAGOL

Tablete

colagog - antiseptic -
desinfectant

Hipoaciditatea și achilia gastrică

pot fi remediate prin

BETACID MITE ȘI FORTE

Tablete

În afecțiunile gastrointestinale

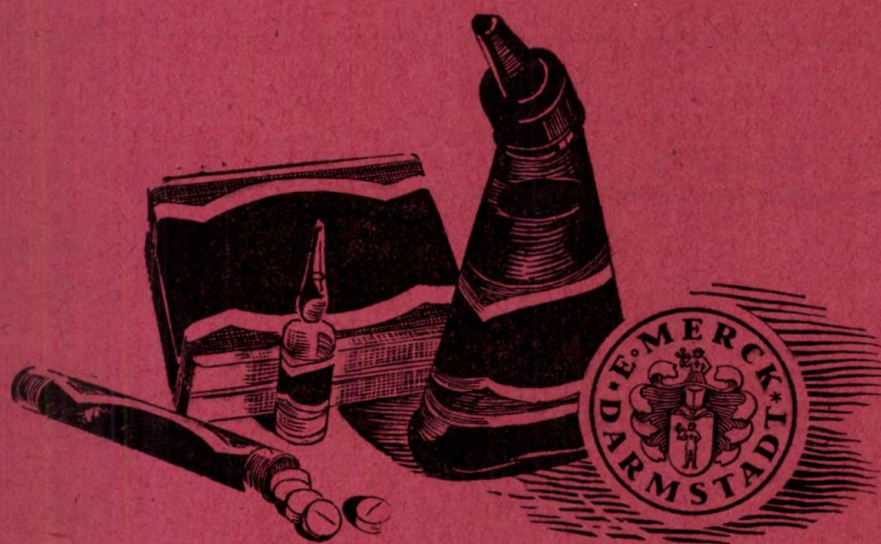
datorite insuficienței
pancreatice

PANCRIN și DIPANCRIN

fermenți pancreatici

fermenți pancreatici și duodenali

Tablete



OESTROMENIN

4,4'-Dioxi-z, β -diethylstilben

Preparat sintetic cu acțiunile biologice ale
hormonului folicular.

*In turburări de menopauză și
în toate celelalte indicațiuni ale tratamentului
cu hormon folicular*

Picături • tablete • fiole

A stylized, handwritten signature of 'E. Merck' in a cursive script.

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE - DARMSTADT - FONDATĂ 1827

Reprezentanța generală : Chimiroman, București I, Str. T. G. Masaryk Nr. 32.

Pentru expectorație

*în tuse, răgușeală, uscăciune
în gură și faringită uscată*



Tabletele MUCIDAN

expectorantul „natural”, conțin ca component activ, pe lângă
desinfecțantul Hexametilentetramină, factorul fiziologic
„RHODAN”, de o acțiune secretolitică enormă, și încă
saponinul din liquiriță, cu efectul expectorant caracteristic.
Forma de tablete acestui expectorant este în deosebi potri-
vită, mai ales pentru tratamentul cazurilor ambulante.
Ambalaje originale: Flac. cu 25 și 100 tablete

Tabletele - MUCIDAN

•Rhenania•

SECȚIA FARMACEUTICĂ A KALL-CHENIE S. A. BERLIN

DEPOZITARI: FRANKFURT, BERLIN, DRESDEN

Scilloral

Glicosidul cardiac
maniabil cu mari po-
sibilități de dozare.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT. CHEM. FABRIK. BRACKWEDÉ



Literatură și eşantioane vă
stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, București

4500

4000

3500

3000

2500

2000

1500

1000

500

Neptal

**DIURETIC
MERCURIAL**
cu acțiune puternică
și rapidă

PREGĂTIREA LA INDICAȚII
A REVĂRSĂRILOR DE ORIGINĂ TONI-CARDIACĂ
RESORBIREA REVĂRSĂRILOR REDUCEREA EDEMELOR ȘI
PERITONEALE

NEPTALUL CONSTITUE DE ASEMENEA
O MEDICAȚIE ANTISIFILITICĂ
ELECTIVĂ A CARDIO-AORTITELOR

în injecții intramusculare intraperitoneale sau intravenoase.

— SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE —
SPECIA MARQUES POULENG FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS (8^e)